

SEPA-Lastschriftmandat

Erzbistum Berlin, Niederwallstr. 8/9. 10117 Berlin
Gläubiger-Identifikationsnummer DE08ZZZ00000031641

Mandatsreferenz: _____ (wird von uns separat mitgeteilt)

Ich/Wir ermächtige(n) das Erzbistum Berlin, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Erzbistum Berlin auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Wenn das unten genannte Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Daraus entstehende Kosten gehen zu Lasten des/der Zahlungspflichtigen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Vorname und Name des Kindes

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

IBAN

Schule

Beginn der Zahlung

Monatlicher Betrag

Datum, Ort und Unterschrift