

Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftmandats

Zahlungspflichtiger / Kontoinhaber

Name / Vorname:

Kreditinstitut:

IBAN: (22Stellen)

D	E																				
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC: (8 oder 11 Stellen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Abbuchung: • bis zum 03. (Elternbeitrag) • zum 15. (Essengeld Vormonat)

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE07ASF00000440320**

Hiermit ermächtige ich o.g. Zahlungsempfänger widerruflich, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von o.g. Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich bin berechtigt, von meinem kontoführenden Kreditinstitut eine Rückerstattung des eingezogenen Betrages innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Tag, an dem mein Konto belastet wurde, zu verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Jede Änderung ist dem Träger der Einrichtung umgehend zu melden!

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/en

Diese Daten werden für den internen Gebrauch des ASF benötigt und nicht an Dritte weitergegeben.

Bei Alleinsorgeberechtigten ist eine Kopie des Negativbescheides vom Jugendamt beizufügen!