

## 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!**