

Aktion Traumfänger e.V.
Am Hagelkreuz 29
47839 Krefeld



**SEPA-Lastschriftmandat
Für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren**

**Gläubiger Identifikationsnummer:
Mandatsreferenz:**

**DE61ZZZ00002340451
Mitgliedsnummer+Jahr**

Ich/Wir ermächtigen den Verein Aktion Traumfänger e.V.,
wiederkehrend Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Verein Aktion Traumfänger e.V.
auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Firma bzw. Name, Vorname	
Kontoinhaber (bei Abweichungen)	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kreditinstitut	
IBAN	
BIC	

Ich Zahle: 24,00€ /jährlich _____ € /jährlich 5,00€ /monatlich _____ € /monatlich

Ort, Datum	Unterschrift (en) / Firmenstempel
------------	-----------------------------------

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