

SEPA-Lastschriftmandat

Ich (Wir) ermächtige(n) das Katholische Pfarramt Hofen, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die vom Katholischen Pfarramt Hofen auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsempfänger

Gläubiger **Katholisches Pfarramt Hofen, Hatwaldstr. 119, 70378 Stuttgart**

Gläubiger Identifikationsnummer **DE54ZZZ00001361556**

Mandatsreferenz **wird gesondert mitgeteilt**

Zahlungspflichtiger

Titel

Anrede

Vorname Kontoinhaber

Nachname Kontoinhaber

Geburtsdat. (TT.MM.JJJJ)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Land

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ort und Datum: _____

Unterschrift(en) _____