EVANGELISCHER KIRCHENKREISVERBAND
Berlin Süd-West

Hindenburgdamm 101 B
12203 Berlin
Tel. (0 30) 83 90 92 - 0
Fax (0 30) 83 90 92 - 27
www.kva-bsw.de

Ev. Kindertagesstätte _____

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE41ZZZ00000119317
Mandatsreferenz: ab _____

SEPA-Basislastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Ev. Kirchenkreisverband Berlin Süd-West, Zahlungen von meinem unten stehenden Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Ev. Kirchenkreisverband Berlin Süd-West auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen. Die mit Rücklastschriften verbundenen Gebühren trägt der/die Zahlungspflichtige(n).

_____
Vorname und Name (Kontoinhaber)

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

__ __ __ __|__ __ __ __|__ __ __ __|__ __ __ __|__ __ __ __|__ __
IBAN

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.

_____
Datum, Ort und Unterschrift(en)

Bankverbindung
Evangelische Bank eG
IBAN: DE18 5206 0410 0003 9663 99
BIC: GENODEF1EK1

EVANGELISCHER KIRCHENKREISVERBAND
Berlin Süd-West

Hindenburgdamm 101 B
12203 Berlin
Tel. (0 30) 83 90 92 - 0
Fax (0 30) 83 90 92 - 27
www.kva-bsw.de

Ev. Kindertagesstätte _____

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE41ZZZ00000119317
Mandatsreferenz: ab _____

SEPA-Basislastschriftmandat **- Exemplar für Ihre Unterlagen -**

Hiermit ermächtige ich den Ev. Kirchenkreisverband Berlin Süd-West, Zahlungen von meinem unten stehenden Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Ev. Kirchenkreisverband Berlin Süd-West auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen. Die mit Rücklastschriften verbundenen Gebühren trägt der/die Zahlungspflichtige(n).

_____
Vorname und Name (Kontoinhaber)

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

__ __ __ __|__ __ __ __|__ __ __ __|__ __ __ __|__ __ __ __|__ __
IBAN

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.

_____
Datum, Ort und Unterschrift(en)

Bankverbindung
Evangelische Bank eG
IBAN: DE18 5206 0410 0003 9663 99
BIC: GENODEF1EK1