# Hospiz-Verein Hameln e.V. - AHPB -

**-Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst-**

## SEPA-Lastschrift-Mandat

Name des Zahlungsempfängers:
**Hospiz-Verein Hameln e.V.**
Anschrift des Zahlungsempfängers:
Straße / Hausnummer
**Deisterallee 14 a**
PLZ / Ort
**31785 Hameln**

Land:
**Deutschland**

Gläubiger-Identifikationsnummer:
**DE07ZZZ00000129532**

**Mandatsreferenz:** ----------
*(Mitgliedsnummer, wird nachgetragen)*

**SEPA-Lastschrift-Mandat**
Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Hospiz-Verein Hameln e.V. widerruflich, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Hospiz-Verein Hameln e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**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.

**Zahlungsart**

☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen** *(Kontoinhaber)*

---

**Anschrift des Zahlungspflichtigen** *(Kontoinhabers),* **Straße, Hausnummer**

---

**PLZ** **Ort** **Land**

--- --- Deutschland

**IBAN** des Zahlungspflichtigen

| D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Ort, Datum

---

Unterschrift *(Zahlungspflichtiger)*

---