

**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/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)**

**Anschrift des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber(s)/in), Straße, Hausnummer**

**PLZ**

**Ort**

**Land**

**Deutschland**

**IBAN des/der Zahlungspflichtigen**

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

**Ort, Datum**

**Unterschrift (Zahlungspflichtige/r)**