



## SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE68ZZZ000007375594**

**Ihre Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)**

Ich ermächtige hiermit den SAV Kanalfreunde e.V. Kiel c/o Verena Großmann, Sörensenstraße 45, 24143 Kiel, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SAV Kanalfreunde e.V. Kiel auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Der Abruf erfolgt jeweils Anfang **November** eines jeden Jahres.

**Kanalkarte: Ja       Nein  Bitte ankreuzen!!!**

**Name, Vorname (Kontoinhaber).....**

**Mitgliedsname / Geburtsdatum:.....**

**Emailadresse:.....**

**Straße / Hausnr.:.....**

**PLZ / Ort.....**

**IBAN / (22 stellig).....**

**Kreditinstitut / BIC.....**

**Ort / Datum.....**

**Unterschrift / Zahlungspflichtiger.....**

**Kontoverbindung: IBAN: DE 28 2105 0170 0000 3469 16  
BIC: NOLADE21KIE**