



## SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE68ZZZ000007375594**

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

Ich ermächtige hiermit den **SAV Kanalfreunde e.V. Kiel c/0** 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.

Sorgen Sie bitte dafür das das Konto ausreichend gedeckt ist.

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

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

**Emailadresse:**.....

**Telefonnummer:**.....

**Mobilfunknummer:**.....

**Straße / Hausnr.:**.....

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

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

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

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

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

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