



## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

*Name und Anschrift des Zahlungsempfängers*

Deutsche Schlaganfall Gesellschaft e. V.  
Reinhardtstraße 27c  
10117 Berlin

**Gläubiger-ID: DE20ZZZ00001506989**

*Name und Anschrift des Mandaten*

**Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer):**

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige Sie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der

**Deutschen Schlaganfall Gesellschaft e. V.**  
(Zahlungsempfänger)

auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN:

Ort, Datum

Unterschrift

Vor dem Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift werden Sie mich über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.