Gläubiger Identifikationsnummer: DE84ZZZ00001960088
Mandatsreferenz: **wird separat mitgeteilt**

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die Betreuung DaDi gGmbH, die wiederkehrenden Zahlungen bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Betreuung DaDi gGmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Sollte die Lastschrift nicht erfolgreich sein, ist der Ermächtigte berechtigt, die hierfür anfallenden Kosten zuzüglich einer Gebühr von 1,- € in Rechnung zu stellen und mit dem fälligen Betrag in Rechnung zu stellen.

_____
Name, Vorname des Kindes

_____
Name, Vorname der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleizahl und Ort

_____
Kreditinstitut (Name)

DE_ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
IBAN BIC

_____ _____
Datum, Ort Unterschrift Verfügungsberechtigte/r