

# SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

**CDU-Kreisverband Flensburg**

CDU-Verband / Vereinigung

**Neustadt 16, 24939 Flensburg**

Anschrift

**DE26ZZZ00000167796**

Gläubiger-Identifikationsnummer

Eindeutige Mandatsreferenznummer (wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

Zahlungspflichtige(r) (Vor- und Zuname)

Zahlungspflichtige(r) (Straße und Hausnummer)

Zahlungspflichtige(r) (PLZ und Ort)

Zahlungspflichtige(r) IBAN-Nummer

**Deutschland**

Zahlungspflichtige(r) (Land)

Zahlungspflichtige(r) BIC

Kreditinstitut

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Einzug von:

## Mitgliedsbeitrag/Sonderabgaben

Monatsbeitrag: \_\_\_\_\_ €

Ab dem: \_\_\_\_\_

Wiederkehrende Zahlung

Zahlungszeitraum:  Monatlich  Quartal  Halbjährlich  Jährlich

Ich ermächtige den CDU-Kreisverband Flensburg die oben genannten Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift(en) einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom CDU-Kreisverband Flensburg auf mein/unser Konto gezogenen Lastschrift(en) 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.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(Kontoinhaber(in)/Zahlungspflichtige(r))

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(falls Zahlungspflichtige(r) nicht Kontoinhaber(in))