

Taubblinden-Assistenz-Verband e. V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 19TBA00000951100

Mandatsreferenz:

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den TBA-Verband e. V., den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TBA-Verband e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

Vorname und Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen

Straße und Hausnummer

Postleitzahl, Ort und Land

Kreditinstitut (Name)

____ _ | ____ _
(BIC)

____ _ | ____ _ | ____ _ | ____ _ | ____ _ | ____ _
IBAN des Zahlungspflichtigen

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Datum, Ort und Unterschrift(en)