



Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Wilhelmshaven e. V.

Güterstraße 30, 26389 Wilhelmshaven

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE83ZZZ00000537213

Mandatsreferenz: _____

Ich ermächtige das Deutsche Rote Kreuz KV Wilhelmshaven e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutschen Roten Kreuz KV Wilhelmshaven e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschrift 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 (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

_____/_____/_____/_____/_____/_____
Kreditinstitut (Name und BIC)

DE ___/___/___/___/___/___
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift