

SEPA - Lastschrift - Mandat

Firmenname

Rechtsform

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

Fax

Frau

Herr

Ansprechpartner

SEPA-Mandat (Ermächtigung zum Beitragseinzug)

Zahlungsempfänger:

Versorgungswerk für deutsche Verbände und Arbeitgeber e.V. (VdVA)
Vereinsadresse: Haselweg 6, D-58849 Herscheid
Tel.: +49 (o) 2357-6016 052, E-Mail: service@vdva-versorgungswerk.de

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE39 001 0000 0209 757

Mandatsreferenz:

(Die Mandatsreferenz wird vor dem ersten SEPA-Lastschrifteinzug mitgeteilt.)

Zahlungsart:

einmalige Zahlung

wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige/wir ermächtigen VdVA Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom VdVA auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir/uns der SEPA-Lastschrifteinzug spätestens vorab angekündigt wird, auf 5 Tage verkürzt wird.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages bei meinem Kreditinstitut verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Kontoinhaber

IBAN

BIC

Geldinstitut

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber