



KINDER  
TRÄUME e.V.

## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE13ZZZ00001926543  
Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige **Kinderträume e.V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von **Kinderträume e.V.** auf mein Konto gezogene 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, Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Kontoinhaber)

