



KRANKEN- UND ALTENPFLEGEVEREIN OBERSCHLEISSHEIM e.V.

Dr.-Hofmeister-Straße 8 85764 Oberschleißheim
Telefon 089/315 33 54

SEPA – Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige/n ich / wir¹ den Kranken- und Altenpflegeverein
Oberschleißheim e.V. bis auf Widerruf, den jährlichen Mitgliedsbeitrag
von derzeit

18 € / 36 €¹ / anderer Betrag: ___ €²

bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem¹ Konto bei der

_____ (Bank) abzubuchen:

IBAN DE

--	--	--	--	--	--

BIC

--

Vor- und Zuname _____

Anschrift _____

Ort, Datum

Unterschrift/en aller Kontoinhaber

Vom Verein zu vergeben!

Mandatsreferenz-Nummer:

¹ Nichtzutreffendes bitte streichen.

² Ggf. höherer Betrag.