



KRANKEN- UND ALTENPFLEGEVEREIN OBERSCHLEISSHEIM e.V.

Geschäftsstelle: Haselsberger Straße 9, 85764 Oberschleißheim
Telefon: 089/32 83 64 15 E-Mail: kontakt@kapverein.de

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT (für den Kranken- und Altenpflegeverein)

Hiermit ermächtige/n ich/wir den Kranken- und Altenpflegeverein bis auf Widerruf, den jährlichen Mitgliedsbeitrag von derzeit 18€¹ / 36€² / ____€³ bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto abzubuchen.

^{1/2} (Nichtzutreffendes streichen; ³ggf. höherer Betrag)

Name der Bank _____

IBAN DE _ _ _ _ _

BIC _ _ _ _ _

Vor- und Zuname _____

Straße _____

PLZ _____

Ort _____

Ort, Datum

Unterschrift/en

Vom Verein zu vergeben!
Mandatsreferenz-Nummer: _____

Kontoverbindung des Kranken- und Altenpflegevereins Oberschleißheim e.V.
Kreissparkasse München Starnberg Ebersberg (Oberschleißheim) IBAN DE54 7025 0150 0120 6890 96 – BIC BYLADEM1KMS
Münchner Bank eG (Oberschleißheim) IBAN DE42 7019 0000 0001 7718 76 – BIC GENODEF1M01