

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE 97 ZZZ 00000 453056

Mandatsreferenz
(wird von der blista ausgefüllt)

SEPA – Lastschrift -Mandat

Ich/Wir ermächtige(n) die **Deutsche Blindenstudienanstalt e.V., Am Schlag 2-12, 35037 Marburg** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir unser Kreditinstitut an, die von der **Deutschen Blindenstudienanstalt e.V., Am Schlag 2-12, 35037 Marburg** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Das Sepa-Mandat ist gültig ab:

Vor-Nachname (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

BIC:

IBAN:

Bank:

Ort, Datum

Unterschrift