

SEPA – LASTSCHRIFTEINZUG

Bitte untenstehende Informationen vollständig ausfüllen.

Ich ermächtige die **FINE e.V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der **FINE e.V.** auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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. Ich bin damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs, die grundsätzlich 14-tägige Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung auf einen Tag vor Belastung verkürzt wird.

_____ Vorname und Name (Kontoinhaber)

_____ Straße und Hausnummer

_____ Postleitzahl und Ort

DE _____ IBAN

_____ Kreditinstitut (Name)

_____ Ort, Datum und Unterschrift

DE91ZZZ00002401700 Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz wird vor dem ersten Einzug mitgeteilt.