

Bitte als Brief schicken oder per Fax an 040 2531 8944

.ausgestrahlt
Große Bergstraße 189
22767 Hamburg

Ich unterstütze .ausgestrahlt:

Bitte bucht monatlich jährlich einmalig
 5 € 10 € 25 € 50 € 100 € _____ €
von meinem Konto ab.

IBAN: _____

BIC: _____ Bank: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE40ZZZ00000074909

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige .ausgestrahlt e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von .ausgestrahlt 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.

foe2017p

Vor- und Nachname: _____

Organisation: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon für Rückfragen: _____

Datum, Ort, Unterschrift: _____

