

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften für den Zahlungsempfänger



Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Sozialdienst katholischer Frauen
Stadt- und Landkreis Karlsruhe e.V. (SkF)
Akademiestr. 15
76133 Karlsruhe
Tel. 0721-91375 0 – Fax. 0721-91375 55

Name und Anschrift
des Kontoinhabers/
der Kontoinhaberin:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen der Mitgliedschaft beim SkF

für _____
Name des Mitglieds

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mit der

IBAN DE _ _ _ _ _

BIC _____

bei _____
genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort/Datum _____

Unterschrift(en) _____