

## SEPA-Lastschrift-Mandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Arbeiterwohlfahrt  
Kreisverband Forchheim e.V.**  
  
**Kasernstr. 7**  
  
**91301 Forchheim**

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]  
**DE 57 ZZZ 00000 15 6665**

[Mandatsreferenz]

## SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]  
**Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Forchheim e.V.**

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/ wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]  
**Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Forchheim e.V.**

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Diese Ermächtigung gilt für Leistungen der Arbeiterwohlfahrt im Bereich:

- Betreuung an Schulen **bitte Namen des Kindes angeben:** \_\_\_\_\_
- Ambulante Pflegeleistungen
- Essen auf Rädern
- Betreuung im Hort **bitte Namen des Kindes angeben:** \_\_\_\_\_
- Sonstige **bitte angeben:** \_\_\_\_\_

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.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

IBAN: DE

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)