

SEPA-Lastschriftmandat

Bankverbindung

Institut _____

IBAN _____

BIC _____

Kontoinhaber (falls abweichend zum Mitglied): _____

Ich ermächtige den HVD Niedersachsen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom HVD Niedersachsen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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. Die Mandatsreferenz entspricht meiner Mitgliedsnummer.

Alle Angaben bleiben bis zu einer anderslautenden Erklärung gültig.

Ort, Datum

Unterschrift