

# SEPA-Lastschrift

## Anlage 2 zum <sup>x</sup> Betreuungsvertrag

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen unten stehenden Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom unten stehenden Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Mandatsreferenz:**  .....  
 wird separat nachgereicht

**Zahlungsempfänger:** **Bayerisches Rotes Kreuz - Kreisverband Schwandorf**

**Adresse des Zahlungsempfängers:** Kopernikusstraße 5a, 92421 Schwandorf  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE1441000000006604  
Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers

**Name des Zahlungspflichtigen:** .....  
Vorname und Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

**Anschrift des Zahlungspflichtigen:** .....  
Straße und Hausnummer  
.....  
Postleitzahl und Ort

**Kreditinstitut:** .....  
(Name des Kreditinstituts des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers))

**IBAN:** DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
(Internationale Bankkontonummer des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers))

**BIC/ Swift:** \_\_\_\_\_  
(Internationale Bankleitzahl)

**Unterschriften:** .....  
Datum, Ort und Unterschrift des zahlungspflichtigen Personensorgeberechtigten (Kontoinhabers)