

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger
<->
Zahlungspflichtigen

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Caritas-Gemeinschaftsstiftung Osnabrück, Stiftungsfonds "Hilfe für Menschen in Not im Senegal"

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Knappsbrink 58

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

49080 Osnabrück

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE1541900001771016

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

419S001

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Caritas-Gemeinschaftsstiftung Osnabrück, Stiftungsfonds "Hilfe für Menschen in Not im Senegal"**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Caritas-Gemeinschaftsstiftung Osnabrück, Stiftungsfonds "Hilfe für Menschen in Not im Senegal"** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Caritas-Gemeinschaftsstiftung Osnabrück, Stiftungsfonds "Hilfe für Menschen in Not im Senegal"** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Caritas-Gemeinschaftsstiftung Osnabrück, Stiftungsfonds "Hilfe für Menschen in Not im Senegal"**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

☐ Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment ☐ Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort/Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

manuell