

Name des Schülers/der Schülerin:



## ANLAGE 2: Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE50ZZZ00000008769

**Mandatsreferenz:** \_\_\_\_\_

(ist in der Einrichtung zu erfragen oder dem Kontoauszug zu entnehmen)

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Betreuungsvertrag vom: \_\_\_\_\_

Mandat für wiederkehrende Zahlungen

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des/der Kontoinhaber/Inhaberin

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/wir ermächtigen die Geschwister-Gummi Stiftung, Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Geschwister-Gummi Stiftung auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE \_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschriften der /des Kontoinhabers/Inhaberin