AWO Odenwald	**SEPA – Lastschriftmandat** (für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)
AWO Kreisverband Odenwaldkreis e. V. *Stadtring 168* *64720 Michelstadt*
Gläubiger-Identifikationsnummer
DE 32 ZZZ00001028563

Ich/Wir ermächtige(n) den AWO Kreisverband Odenwaldkreis e. V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom AWO Kreisverband Odenwaldkreis e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name)
Straße und Hausnummer
PLZ und Ort
Land

IBAN	*BIC*

Mir/uns ist bekannt, das im Falle einer Nichteinlösung Bankrückbuchungsgebühren sowie Verwaltungskosten von 5,00 € entstehen. Die entstandenen Kosten werden in einem solchen Falle von mir/uns übernommen.
Diese Erklärung hat so lange Gültigkeit, bis ich/wir sie beim AWO Kreisverband Odenwaldkreis e. V. schriftlich widerrufen.

Ort und Datum	*Unterschrift(en)*