AIDS-Hilfe Leipzig e.V., Ossietzkystr. 18, 04347 Leipzig

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE76AHL00000407068**

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschrift-Mehrfachmandat

Ich ermächtige die AIDS-Hilfe Leipzig e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AIDS-Hilfe Leipzig e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Einzug erfolgt jährlich gemäß der Beitragsordnung der AIDS-Hilfe Leipzig e.V.

Hinweis: 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. Kosten für die Rückbuchung des eingezogenen Mitgliedsbeitrages gehen nicht zu Lasten der AIDS-Hilfe Leipzig e.V.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

_____ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _
Kreditinstitut (Name und BIC)

D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _
IBAN

Betrag €

_____
Datum, Ort und Unterschrift