Beitragsverwaltung SoVD
Fax 030 – 72 62 22 – 464

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE7000000000098813

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats*

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Sozialverband Deutschland e. V. – Beitragsverwaltung –, Zahlungen (**Mitgliedsbeitrag**) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sozialverband Deutschland e. V. - Beitragsverwaltung - auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
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.

für Mitgliedsnr.	1234567890	
Name	Mustermann	
Vorname	Maximilian	
Straße	Überallweg	
PLZ / ORT	12345	Überall
Kontoinhaber		
Name	Mustermann	
Vorname	Maximilian	
Geldinstitut	XY-Bank eG	
IBAN	DE12345678901234567890	
Ort / Datum	Überallstadt	11/11/1111
Unterschrift Kontoinhaber		

Stand: 08.01.2020

WICHTIG: Das Mandat ist nur gültig mit **Ort, Datum** und **Unterschrift**

* Für ausländische Banken gilt ein anderes Formular mit Zusatzdaten

Drucken | Speichern | Formular zurücksetzen