



SEPA-Lastschriftmandat

Bitte deutlich in **DRUCKSCHRIFT** ausfüllen!

Zahlungsempfänger	SOCIUS – Die Bildungspartner gGmbH Türschmidtstraße 7/8, 10317 Berlin
Gläubiger-Identifikationsnummer	DE 06 ZZZ00000131393

Eltern-Nr.	
Name, Vorname des Kindes	
Kindertagesstätte	
Anschrift des Kindes	

Ich ermächtige / Wir ermächtigen SOCIUS – Die Bildungspartner gGmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von SOCIUS – Die Bildungspartner gGmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise:

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.

Ich kann / Wir können jederzeit die Ermächtigung zum SEPA-Lastschriftmandat in Schriftform widerrufen.

Name Kontoinhaber/in	
Anschrift Kontoinhaber/in	
IBAN	D E
Name der Bank	
Die Abbuchung soll erfolgen am	<input type="checkbox"/> 1. des Monats <input type="checkbox"/> 15. des Monats

.....
Ort, Datum, Unterschrift Kontoinhaber/in

.....
Ort, Datum, Unterschrift Kontoinhaber/in