

## Erteilung eines SEPA - Lastschriftmandats

### **Name des Zahlungsempfängers:**

Förderverein der Klinik für Palliativmedizin am CaritasKlinikum Saarbrücken  
St. Theresia e.V., Rheinstraße 2, 66113 Saarbrücken

**Gläubiger - Identifikationsnummer: DE09ZZZ00001317164**

**Mandatsreferenznummer** (wird vom Zahlungsempfänger eingetragen und bei Einzug auf Kontoauszug mitgeteilt): \_\_\_\_\_

### **Zahlungspflichtiger:**

Name, Vorname : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IBAN des Zahlungspflichtigen: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Ich ermächtige den o.g. Zahlungsempfänger, den jährlichen Mitgliedsbeitrag (derzeit 25 Euro) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Es handelt sich hierbei um wiederkehrende Zahlungen.

Ich ermächtige ferner den o.g. Zahlungsempfänger, über den Mitgliedsbeitrag hinaus von meinem Konto mittels Lastschrift jährlich einen weiteren Beitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro einzuziehen. Es handelt sich hierbei um eine freiwillige Spende und um wiederkehrende Zahlungen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom o.g. Zahlungsempfänger gezogenen Lastschriften von meinem Konto einzulösen.

Der Mitgliedsbeitrag sowie – falls oben angegeben, der weitere Spendenbeitrag - werden jeweils zum 15.4. eines Jahres abgebucht. Sollte dieser Tag auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag fallen, wird der Betrag am nächst folgenden Bankarbeitstag abgebucht. Sollte sich die Höhe oder der Einzugstermin ändern, wird mich der Zahlungsempfänger rechtzeitig hierüber unterrichten.

### 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.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers)