



# Myelitis e.V.

**gemeinsam · besonders · stark**

**Transverse Myelitis Selbsthilfegruppe Deutschland**

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Es handelt sich um eine regelmäßige, jährlich wiederkehrende Zahlung/Lastschrift.

**Name und Anschrift des Zahlungsempfänger (Gläubiger):**

Myelitis e.V. Transverse Myelitis Selbsthilfegruppe Deutschland  
Neugasse 32, 77743 Neuried

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE72ZZZ00001947597**

**Mandatsreferenz: *wird Ihnen nach Aufnahme im Verein mitgeteilt***

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger: Myelitis e.V. Transverse Myelitis Selbsthilfegruppe Deutschland, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Myelitis e.V. Transverse Myelitis Selbsthilfegruppe Deutschland 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.

Kontoinhaber (Vorname; Name): \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

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

IBAN: DE\_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich stimme dem Versand einer jährlichen Vorabankündigung an meine gespeicherte E-Mail-Adresse zu. Diese jährliche Vorabankündigung ist nicht notwendig und es obliegt der Verwaltung ob diese versandt wird.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_