

## Anlage 1 zum Verköstigungsvertrag

### Einzugsermächtigung

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE85ZZZ00000325329

Mandatsreferent: entspricht Kundennummer

#### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/wir ermächtige/n das ASB Kreisverband Torgau-Oschatz e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom ASB Kreisverband Torgau-Oschatz e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

Name und Vorname (Kontoinhaber)

---

Anschrift

---

PLZ, Ort

---

Kreditinstitut (Bank)

---

BIC

---

IBAN

---

Datum, Ort

---

Unterschrift Kontoinhaber

Seite 1 von 1