# SEPA Lastschriftmandat

## Zahlungsempfänger

**Name und Anschrift:**

Omidan Dresden e.V.
c/o Olaf Kronefeld
Großglocknerstraße 2
01279 Dresden

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

**Mandatsreferenz:**

## Kontoinhaber

.....
*Vorname, Name*

.....
*Straße, Nr.*

.....
*PLZ, Wohnort*

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

..... .....
*Name der Bank* *BIC*

Ich ermächtige den Verein Omidan Dresden e.V. für die Dauer meiner Mitgliedschaft zum regelmäßigen Einzug der fälligen Mitgliedsbeiträge entsprechend der aktuellen Beitragsordnung von nachfolgend angegebener Bankverbindung. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Omidan Dresden e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

..... .....
Ort/Datum Unterschrift Kontoinhaber

*Dieses Formular kann unter http://www.omidan-dresden.de/Dokumente/SEPA_Lastschriftmandat.pdf heruntergeladen werden.*