

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Post Südstadt Karlsruhe e.V.
Ettlinger Allee 9 | 76199 Karlsruhe | Deutschland

D E 2 6 V 0 1 0 0 0 0 0 5 1 8 7 4 2

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

Zahlungsart:
Wiederkehrende Zahlung
type of payment:
recurrent payment

Zahlungsart:
Einmalige Zahlung
type of payment:
one-off payment

**Post Südstadt Karlsruhe e.V.
Ettlinger Allee 9
76199 Karlsruhe
Deutschland**

[Empty grid for unique mandate reference]

Eindeutige Mandatsreferenz - Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt / unique mandate reference - to be completed by the creditor

[Empty grid for debtor name]

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / debtor name

[Empty grid for debtor street and number]

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße und Hausnummer / debtor street and number

[Empty grid for debtor postal code and city]

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): PLZ und Ort / debtor postal code and city

[Empty grid for debtor country]

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Land / debtor country

[Empty grid for debtor IBAN]

IBAN des Zahlungspflichtigen / debtor IBAN

[Empty grid for debtor SWIFT BIC]

BIC des Zahlungspflichtigen / debtor SWIFT BIC

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger Post Südstadt Karlsruhe e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Post Südstadt Karlsruhe e.V. auf mein (unsere) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

By signing this mandate form, I (we) authorise the creditor Post Südstadt Karlsruhe e.V. to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor Post Südstadt Karlsruhe e.V..

Hinweis: 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.

Note: I can (we can), within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Ort / location

Datum / date

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / signature(s) of the debtor

Informationen zu SEPA-Mandaten: www.sepa-mandat.de / informations about sepa-mandate: www.sepa-mandate.de

Verantwortlich für die Verwendung dieses Formulars ist ausschließlich der Zahlungsempfänger Post Südstadt Karlsruhe e.V., 76199 Karlsruhe

Sparkasse Karlsruhe
IBAN DE60 6605 0101 0108 3929 03
BIC KARSDE66XXX
UST-IdNr: DE143609270

psk@post-suedstadt-ka.de
www.online-psk.de
Fon 0721 887444
Ettlinger Allee 9, 76199 Karlsruhe

Steuernummer 35022/04272
Finanzamt Karlsruhe-Stadt
VR100330
Amtsgericht Mannheim

POST SÜDSTADT KARLSRUHE E.V.
Verein für Sport, Freizeit, Gesundheit und Integration
Vorstand (§26 (BGB): Beate Brockerhoff