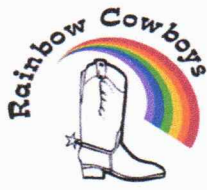


Rainbow Cowboys e.V.
Postfach 10
97448 Arnstein

www.rainbow-cowboys.de

SEPA-Lastschriftmandat	
Ausführung für den Zahlungsempfänger	
Name des Zahlungsempfängers: Rainbow Cowboys e.V.	
Postleitzahl und Ort: 97450 Arnstein	Land: Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE48ZZZ00002497728	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):	
<p>Ich ermächtige/ Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Rainbow Cowboys e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Rainbow Cowboys e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>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 / unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>	
Zahlungsart: <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)*: <small>*Angabe freigestellt</small> Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	Land:
IBAN des Zahlungspflichtigen (Max. 34 Stellen):	
BIC (8 oder 11 Stellen):	
Ort:	Datum:
Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	



Rainbow Cowboys e.V.
Postfach 10
97448 Arnstein

www.rainbow-cowboys.de

SEPA-Lastschriftmandat

Ausführung für den Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Name des Zahlungsempfängers:

Rainbow Cowboys e.V.

Postleitzahl und Ort:

97450 Arnstein

Land:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE48ZZZ00002497728

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Rainbow Cowboys e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Rainbow Cowboys e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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 / unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)*:

*Angabe freigestellt

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Land:

IBAN des Zahlungspflichtigen (Max. 34 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort:

Datum:

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):