

Zahlungsempfänger:  
Gläubiger-Identifikationsnummer:

/ WIRD AUF ANFRAGE MITGETEILT

FAD / Mandatsreferenz

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

### Hinweise:

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.

Name des Kontoinhabers

*Name und Vorname*

Anschrift des Kontoinhabers

*Straße Hausnummer*

*Postleitzahl Ort*

*Land*

Kreditinstitut

*Name und Ort*

Konto

*BIC (Business Identifier Code)*

*IBAN (International Bank Account Number)*

Unterschrift(en)

*Ort Datum*

*Unterschrift(en)*

gilt nur für **Campbon-Fahrt Pfingsten 2024**

Bitte zurücksenden an:

Verwaltungsgemeinschaft Biessenhofen  
GRM Markus Trinkwalder  
Füssener Str. 12  
87640 Biessenhofen