# SEPA-Lastschriftmandat

☐ **zum Antrag** vom Datum 2 0

☐ **zum Vertrag** ARAG Vertrags-Nr.: Mandatsreferenz-Nr.:

**Kontoinhaber**
Mandatsgeber

☐ Herr
☐ Frau
☐ Firma

Name, Vorname, Titel, Firma

Adresszusatz oder Rechtsform bei Firma

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Fastnacht-Verband Franken e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von dem Fastnacht-Verband Franken e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Kreditinstitut**
kein Sparkonto

Name

IBAN

BIC/SWIFT (8 oder 11 Stellen)

**Zahlungs-empfänger**

Fastnacht-Verband Franken e.V.
Bahnhofstr. 13
97209 Veitshöchheim

**Unterschrift Kontoinhaber/ Bevollmächtigter**

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/Bevollmächtigter

Original ARAG HV / Kopie Antragsteller