

TSV Ludwigshafen e. V
Geschäftsstelle
Sinsheimer Str. 36
67067 Ludwigshafen/Rh.

***Bitte in Druckschrift
ausfüllen und
Zahlen deutlich leserlich
schreiben**

SEPA-Lastschriftmandat

Kontoänderung – Meine Mitglieds-Nr. _____

Ich ermächtige den TSV Ludwigshafen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TSV Ludwigshafen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

*Vorname und Nachname

*Straße und Hausnummer

*Postleitzahl und Ort

*IBAN (22 Stellen) oder die Konto-Nr.

*BIC (8 oder 11 Stellen) oder die Bankleitzahl

*Ort

*Datum

*Unterschrift / Kontoinhaber

***Pflichtfelder**