
EINZUGSERMÄCHTIGUNG - SEPA LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige die SOLAWI Isartal eG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SOLAWI Isartal eG. auf mein Konto gezogenen Lastschriften zu einzulösen.

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

KONTOINHABER/IN

Vorname und Name _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

Kreditinstitut (Name) _____

BIC _____

IBAN: _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in

SOLAWI Isartal eG Oberes Straßfeld 9, 82065 Baierbrunn

GLÄUBIGERIDENTIFIKATIONSNUMMER: DE86430609671259931300

Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.