

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)**

Trägerverein des Emmertsgrunder  
Stadtteilmanagements-TES e.V.  
Emmertsgrundpassage 11a  
  
69126 Heidelberg

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

**DE96TES00000548231**

[Mandatsreferenz]

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Trägerverein des Emmertsgrunder Stadtteilmanagements-TES e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Trägerverein des Emmertsgrunder Stadtteilmanagements-TES 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
 für SEPA-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)**

 Trägerverein des Emmertsgrunder  
 Stadtteilmanagements-SES e.V.  
 Emmertsgrundpassage 11a  
 69126 Heidelberg

**Wiederkehrende Zahlungen/  
 Recurrent Payments**

 [Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]  
**DE96TES00000548231**

[Mandatsreferenz]

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Trägerverein des Emmertsgrunder Stadtteilmanagements-SES e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Trägerverein des Emmertsgrunder Stadtteilmanagements-SES 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)