ANLAGE 2

Ev. Regionalverwaltung Starkenburg-Ost, Hügelstraße 89, 64283 Darmstadt Telefon: 06151 6286-0
Im Auftrag des Trägers, Ev. Dekanat Odenwald Obere Pfarrgasse 23 – 25, 64720 Michelstadt

Gläubiger-Identifikationsnummer	**Mandatsreferenz** (ggf. Mitteilung auf Kontoauszug der 1. Lastschrift)
Betreuungsvertrags-Nr.	**Name des betreuten Kindes**

ERTEILUNG EINER EINZUGSERMÄCHTIGUNG UND EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS

1. Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige/n den Ev. Regionalverwaltungsverband Starkenburg-Ost widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige/n den Ev. Regionalverwaltungsverband Starkenburg-Ost Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Ev. Regionalverwaltungsverband auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.
Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich der Ev. Regionalverwaltungsverband über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten. Die Einzugsermächtigung erlischt dann.

Vorname und Name (Kontoinhaber)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	**Ort**

Kreditinstitut (Name)	**BIC(8 oder 11 Stellen)**
IBAN	

Datum, Ort	**Unterschrift (Kontoinhaber)**