

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Glaubüger)	Unterschrift(en)
Ort und Datum	

IBAN	BIC
DE GENODEF1HEM	
Raiffeisenbank im Oberrhein Jura e. G.	
Kreditinstitut:	

NAME	Str.:
PLZ.:	
Tel.:	
Mobil:	
E-Mail:	

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.

BSG - Parsberg e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen, mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom BSG - Parsberg e. V. Zahllingen von meinem/unserem Konto auszuziehen.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Glaubüger)	Wiederkehrende Zahllingen
<input type="checkbox"/>	
(BSG Parsberg e. V.)	
Kapellenstraße 10	
92331 PARSBURG	
Glaubiger-Identifikationsnummer	
DE47 BSG0 0002 3738 77	
Mandatreferenz	

SEPA-Lastschriftverfahren für BSG - PARSBURG e. V.