

# Sepa-Lastschriftmandat BBV-Stützpunkt Level 2 TV 1884 Marktheidenfeld Abt. Badminton

Name, Vorname:

\_\_\_\_\_  
Straße:

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort:

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_  
Telefon, Handy:

\_\_\_\_\_  
E-Mail:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift:

Zahlungstermine: quartalsweise (01.01./01.04./01.07/01.10)

1x wöchentliches Training: 45€/Quartal

2x wöchentliches Training: 75€/Quartal



Bei Minderjährigen ist die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten erforderlich.

## SEPA-Lastschriftmandat:

Zahlungsempfänger: TV 1884 e.V. Marktheidenfeld Abt. Badminton  
Am Sportzentrum 5,  
97828 Marktheidenfeld  
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE45BAD00000458648

Mandatsreferenz (Vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

Name, Vorname (Kontoinhaber):

Straße:

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort:

\_\_\_\_\_  
IBAN(22-stellig):

\_\_\_\_\_  
BIC:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers:

Zahlungstermine: quartalsweise (01.01./01.04./01.07/01.10)