

# SEPA-Lastschriftmandat



**Freundeskreis Hospitalhof e.V.**

**c/o Hospitalhof Stuttgart · Evang. Bildungszentrum**

**Büchsenstraße 33**

**70174 Stuttgart**

Ich ermächtige den Freundeskreis Hospitalhof e.V. widerruflich, meinen Mitgliedsbeitrag von mindestens 35,00 € (Privatpersonen) bzw. 250,00 € (Institutionen) von meinem Konto durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Freundeskreis Hospitalhof e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Freundeskreis Hospitalhof e.V.

c/o Hospitalhof Stuttgart · Evangelisches Bildungszentrum, Büchsenstraße 33, 70174 Stuttgart

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE26 2220 0000 0695 35**

Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen mit der Vorabankündigung zum tatsächlichen Lastschrifteinzug noch mitgeteilt.

---

VORNAME UND NAME (KONTOINHABER/IN)

---

STRASSE UND HAUSNUMMER

---

PLZ UND ORT

---

KREDITINSTITUT NAME

---

BIC

---

IBAN

---

DATUM/ORT UND UNTERSCHRIFT