

Begräbniskasse Neustadt bei Coburg

SEPA - Einzugsermächtigung

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65ZZZ00000139255

Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer: _____

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtende jährliche Zahlung für die **Begräbniskasse Neustadt b. Coburg** bei Fälligkeit mittels Lastschrift von meinem/unserem Girokonto einzuziehen.

Hinweis: Ich/Wir kann/können 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)

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort)

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Kontonummer

(Datum, Ort, Unterschrift)

(Kontoinhaber, falls abweichend von Versicherten)