



SEPA-Lastschriftmandat (Basislastschrift)

Zahlungsdienstleister: Name der Bank: Sparkasse Neuss

IBAN der Organisation: DE56 3055 0000 0093 6010 29

Ich ermächtige die TOMASZ - Kinder- und Jugendhospizhilfe e.V. Kaarst, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen, und passe diese Einzüge entsprechend der Gläubiger-Identifikationsnummer und der Mandatsreferenz an.

Hinweis: Ich ermächtige TAN-/PIN-freie Lastschrift.

Mandatsdaten:

Kontoinhaber: _____

Bankinstitut: _____

IBAN: _____

BIC (optional): _____

Lastschriftvereinbarung:

Art der Lastschrift: Basislastschrift (Wiederkehrende-Lastschrift)

Höhe der regelmäßig einzuziehenden Beträge: _____,- EUR

Fälligkeit der Zahlung (ankreuzen): ☐ monatlich ☐ quartalsweise ☐ jährlich

Beginn der Abbuchung: ☐ zum nächstmöglichen 01. eines Monats

☐ zum nächstmöglichen 15. eines Monats

Widerrufsrecht Sie können diese Lastschrift jederzeit ganz oder teilweise widerrufen, ohne Angabe von Gründen, indem Sie Ihre Bank oder Sparkasse schriftlich informieren. Der Widerruf hat keinen Einfluss auf bereits eingezogene Lastschriften.



Hinweise zur Verarbeitung:

Der Gläubiger ist: TOMASZ - Kinder- und Jugendhospizhilfe e.V. Kaarst

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17ZZZ00002342407

Mandatsreferenz: 17ZZZ000023424070093601029SP2025001

Ermächtigung bestätigt durch

Ort, Datum und Vor- und Nachname: _____

Unterschrift Kontoinhaber: _____

Hinweise zur Sicherheit:

**Bitte unterschreiben Sie dieses Formular nur, wenn Sie der Kontoinhaber sind.
Bewahren Sie eine Kopie dieses Mandats auf.**

Optional: Einwilligung zur Adressierung von Kontoinformationen

E-Mail für Zahlungsbenachrichtigungen: _____

Telefonkontakt: _____

Einfach ausfüllen, unterschreiben und an uns senden unter:

info@tomasz-kinderhospizhilfe.de

DANKE FÜR DEINE UNTERSTÜTZUNG!!!