

Mitgliedsnummer _____
(falls bekannt)

(Inhaber der Mitgliedschaft, falls abweichend vom Kontoinhaber)

BERUFSVERBAND DER BEAMTEN,
LEITENDEN ANGESTELLTEN UND
AKADEMISCHEN FÜHRUNGSKRÄFTE e.V. - BAF
Edelsbergstr. 8
D-80686 München

Fax: 089-57007260
E-mail: info@baf-verband.de

Gläubiger ID: DE62ZZZ00000554954
Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtigen den BERUFSVERBAND DER BEAMTEN, LEITENDEN ANGESTELLTEN UND
AKADEMISCHEN FÜHRUNGSKRÄFTE e.V. - BAF, Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift
einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von e.V. - BAF auf mein/unser Konto
gezogenen Lastschriften einzulösen.

Sofern Kontoinhaber und Inhaber der Mitgliedschaft abweichen, gilt dieses SEPA-Lastschriftenmandat für die o.g.
Mitgliedschaft.

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/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: Vorname, Name bzw. Firmierung

Strasse und Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC: _____

IBAN: DE ___ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

Datum, Ort

Unterschrift Kontoinhaber, ggfs. Firmenstempel