**Änderung meines SEPA - Lastschriftmandat**

**Riverboat-Doctors-International e.V.**

Name des Zahlungsempfängers

**Grenzweg 3**

Straße & Hausnummer

**27777 Ganderkesee** **Deutschland**

Postleitzahl und Ort Land

**DE 18 RDI 00000462141**

Gläubiger-Identifikationsnummer

Ich ermächtige Riverboat-Doctors-International e.V. die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Riverboat-Doctors-International e.V. von meinem Konto eingezogenen 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.

|  |  |
| --- | --- |
| Kontoinhaber (Vor- und  Nachname): | **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** |
| Straße & Hausnummer: | **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** |
| Postleitzahl & Ort: | **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** |
| Land: | **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** |
| Kreditinstitut (Name und BIC): | **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** |
| IBAN: | **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** |

|  |
| --- |
| **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** |

Datum, Ort & Unterschrift (bei Minderjährigen die Unterschrift des Erziehungsberechtigten)