Einzugsermächtigung Lastschrift

(SEPA Lastschriftmandat)

Bei einer Kontoänderung bitte ebenfalls dieses Formular benutzen. Dieses Mandat ersetzt eventuell bereits erteilte Lastschriftmandate.

Mitgliedsnummer: M

(sofern bereits bekannt)

Zahlungspflichtiger

Name

Vorname

Firma (falls Firmenantrag).

Straße, Hausnummer.

Land Postleitzahl Ort

IBAN BIC

Kreditinstitut Kontoinhaber

Zahlungsempfänger: AUGE e.V. Hohemarkstraße 13, 60439 Frankfurt am Main

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE44ZZZ00000163786

Mandats-Referenz: (wird vom Zahlungsempfänger mitgeteilt)

Ich ermächtige den AUGE e.V. die von mir zu entrichtenden einmaligen und wiederkehrenden Zahlungen bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von AUGE e.V. auf mein Konto gezogenen 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. Dieses Lastschriftmandat kann jederzeit schriftlich und unterschrieben widerrufen werden.

Freiwillige Angaben:

Beruf Geburtsdatum

E-Mail-Adresse Telefon

Ort, Datum Unterschrift

(bei Minderjährigen auch die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

AUGE e.V.
c/o M. Kraus

Hohemarkstraße 13
60437 Frankfurt am Main

← *Bitte unterschrieben an diese Adresse senden. (Fensterumschlag passt)*

Die auf diesem Antrag gemachten Angaben werden elektronisch gespeichert und nach Beendigung der Mitgliedschaft gelöscht.

Stand 13.09.2026