



Gläubiger-Identifikationsnummer DE-51 OSD00000634789

## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

---

Vor- und Nachname der Zahlungspflichtigen

---

PLZ Wohnort

Ich/Wir ermächtigen die OSD-Olchinger Sozialdienst gmbH widerruflich, die von uns zu entrichtenden Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an die von der OSD-Olchinger Sozialdienst gGmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich/Wir kann/können innerhalb der gesetzlichen Frist, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

Vor- und Nachname des Kontoinhabers:

---

IBAN:

---

BIC:

---

Name des Kreditinstituts:

---

Datum, Unterschrift des Kontoinhabers