

# Sepa-Lastschriftmandat



**Gläubiger-Identifikationsnummer DE51OSD00000634789**

---

Vorname und Nachname des Zahlungspflichtigen

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Wohnort

Ich/Wir ermächtige(n) die OSD – Olchinger Sozialdienst gGmbH widerruflich, die von uns zu entrichtenden Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der OSD – Olchinger Sozialdienst gGmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann/wir 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.

---

Vorname und Nachname des Kontoinhabers

---

IBAN

BIC

---

Name und Ort des Geldinstitutes

---

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers