SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

AGAF Arbeitsgemeinschaft Amateurfunkfernsehen e.V.
Stuttgarter Platz 15 | 10627 Berlin | Deutschland

D	E	1	9	Z	Z	Z	0	0	0	0	0	8	0	8	1	2	2

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

[X] Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung
type of payment: recurrent payment

[ ] Zahlungsart: Einmalige Zahlung
type of payment: one-off payment

AGAF Arbeitsgemeinschaft
Amateurfunkfernsehen e.V.
Stuttgarter Platz 15
10627 Berlin
Deutschland

Eindeutige Mandatsreferenz - Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt / unique mandate reference - to be completed by the creditor

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / debtor name

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße und Hausnummer / debtor street and number

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): PLZ und Ort / debtor postal code and city

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Land / debtor country

IBAN des Zahlungspflichtigen / debtor IBAN

BIC des Zahlungspflichtigen / debtor SWIFT BIC

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger AGAF Arbeitsgemeinschaft Amateurfunkfernsehen e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von AGAF Arbeitsgemeinschaft Amateurfunkfernsehen e.V. auf mein (unsere) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir 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.

By signing this mandate form, I (we) authorise the creditor AGAF Arbeitsgemeinschaft Amateurfunkfernsehen e.V. to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor AGAF Arbeitsgemeinschaft Amateurfunkfernsehen e.V..

Note: I can (we can), within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Bitte unbedingt als eindeutige Mandatsreferenz die AGAF-Mitgliedsnummer eintragen.

Ort / location | **Datum / date** | **Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / signature(s) of the debtor**

Informationen zu SEPA-Mandaten: www.sepa-mandat.de / informations about sepa-mandate: www.sepa-mandate.de

Verantwortlich für die Verwendung dieses Formulars ist ausschließlich der Zahlungsempfänger AGAF Arbeitsgemeinschaft Amateurfunkfernsehen e.V., 10627 Berlin