

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme



Ugandakreis Heiligenstadt e.V.  
Luisenblick 15  
37308 Heilbad Heiligenstadt

**Gesundheitsfonds**

Ich unterstütze mit **(bitte ankreuzen/ ausfüllen)**

- jährlich \_\_\_\_\_ €
- monatlich \_\_\_\_\_ € (mind. 15 €)
- Laufzeit bis \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

die medizinische Behandlung und Versorgung mit  
Medikamenten von Kindern in der in der Gemeinde  
Lwamaggwa/Uganda.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]  
**DE55ZZZ00000656639**

[Mandatsreferenz]

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]  
Ugandakreis Heiligenstadt e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]  
Ugandakreis Heiligenstadt e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon / E-Mail

Kreditinstitut

BIC

IBAN

DE

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger/ Pate)

Der Betrag wird jährlich einmal abgebucht.

Der Betrag wird in monatlichen Raten abgebucht.  
**(entsprechendes bitte ankreuzen)**

Unterschrift (Zahlungsempfänger/ Ugandakreis)