

## **SEPA-Basis-Lastschriftmandat für wiederkehrende Lastschriften**

Ich ermächtige die **HSP-Selbsthilfegruppe Deutschland e.V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Basis-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich hiermit mein Geldinstitut an, die von der HSP-Selbsthilfegruppe Deutschland e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages bei meinem Geldinstitut verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Bitte beachte, dass die Rückbelastung einer rechtmäßig gezogenen Lastschrift zu zusätzlichen Kosten führt, die wir im Falle eines Nichtverschuldens unsererseits in Rechnung stellen müssen.**

|                                          |         |
|------------------------------------------|---------|
| Name, Vorname des <b>Kontoinhabers</b>   |         |
| Straße, Hausnummer                       |         |
| Postleitzahl                             | Wohnort |
| IBAN (International Bank Account Number) |         |
| BIC (Bank Identifier Code)               |         |
| Geldinstitut (Name, Ort)                 |         |

Ort, Datum

Unterschrift des **Kontoinhabers**

**Hinweise:** Die Angaben zu IBAN und BIC entnehmen Sie bitte Ihrem Kontoauszug oder Ihrer EC-Karte.

Die Mandatsreferenznummer, unter der das Lastschriftverfahren bei uns geführt wird, lautet:

P<Mitgliedsnummer> (z. B. P12345).

Bitte sende uns das unterschriebene SEPA-Lastschriftmandat baldmöglich zurück. Vor Einzug des Mitgliedsbeitrags erhältst Du per E-Mail eine Vorankündigung des Lastschrifteneinzugs.

### **Per Post:**

Markus Gorny  
Friedrich-Bauer-Straße 33  
91058 Erlangen

### **Per E-Mail:**

mg@hsp-selbsthilfegruppe.de oder  
markus.gorny@t-online.de