



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

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Förderkreis des Malteser Krankenhauses  
St. Carolus Görlitz e. V.  
- Vorstand -  
Carolusstraße 212  
D-02827 Görlitz**

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]  
**DE38ZZZ00000355372**

[Mandatsreferenz]  
**FKdMKHSCGRv-**

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]  
**Förderkreis des Malteser Krankenhauses St. Carolus Görlitz e. V.**

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

[Name des Zahlungsempfängers]  
**Förderkreis des Malteser Krankenhauses St. Carolus Görlitz e. V.**

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Das Lastschriftmandat gilt für den Jahresmitgliedsbeitrag gemäß Aufnahmeantrag oder Mitteilung und für gesondert mitgeteilte Einzelspenden.  
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)

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN  
**DE**

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

Bitte senden Sie diese Ausfertigung an: Herr Dr. Götz Pahl, Berliner Straße 53, D-02826 Görlitz.

**Ausfertigung für den Zahlungsempfänger**



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

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Förderkreis des Malteser Krankenhauses  
St. Carolus Görlitz e. V.  
- Vorstand -  
Carolusstraße 212  
D-02827 Görlitz**

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]  
**DE38ZZZ00000355372**

[Mandatsreferenz]  
**FKdMKHSCGRv-**

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]  
**Förderkreis des Malteser Krankenhauses St. Carolus Görlitz e. V.**

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

[Name des Zahlungsempfängers]  
**Förderkreis des Malteser Krankenhauses St. Carolus Görlitz e. V.**

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Das Lastschriftmandat gilt für den Jahresmitgliedsbeitrag gemäß Aufnahmeantrag oder Mitteilung und für gesondert mitgeteilte Einzelspenden.  
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)

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN  
**DE**

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

**Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen**