

Bitte füllen Sie den Vordruck in Druckbuchstaben aus. Zudem weisen wir darauf hin, dass nur ein Mandat, in dem alle Felder vollständig ausgefüllt sind, Gültigkeit erlangt.

Bitte beachten Sie, dass Sie mit der Unterzeichnung dieses Mandats zugleich einer Verkürzung der Prenotifikationsfrist auf zwei Kalendertage zustimmen.

### Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger

Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Viersen e.V.  
Kleinbahnstrasse 59  
47906 Kempen



Gläubiger-Identifikationsnummer: DE50AWO00000177646

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_

Elternbeitrag Betreuung Schule von 8 bis 1 / Albert-Schweitzer-Schule, Viersen  
45,00 €/Monat

**Angaben zur Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

einmalige Zahlung

**Angaben zum/zur/zu den Kontoinhaber/in/innen/n und zur Bankverbindung:**

Name des Kindes:

\_\_\_\_\_  
Name/n, Vorname/n oder Firmenbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
IBAN (bei deutschen Konten 22 Stellen)

\_\_\_\_\_  
SWIFT.BIC (8 bis 11 Stellen)

Bank: \_\_\_\_\_

Ich/Wir ermächtigen die Arbeiterwohlfahrt, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Arbeiterwohlfahrt auf mein/unser Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

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

**Viersen,**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum der Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber/in/innen

**Angaben zur/zum/zu den Zahlungspflichtigen:**

(nur auszufüllen falls abweichend vom/von der/von den Kontoinhaber/in/innen/n)

\_\_\_\_\_  
Name/n, Vorname/n

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

Bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben im Original (nicht per Fax oder E-Mail) an uns zurücksenden.

Adresse: identisch mit Zahlungsempfänger (siehe oben)