

Ich ermächtige die Solawi Limbach, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen, bis auf Widerruf. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Solawi Limbach auf mein (unser) 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.

Zahlungsempfänger :

Solawi Limbach , Ludwigthalerstrasse 32 ,66459 Kirkel-Limbach
Gläubiger-ID: DE82 591900001302779003

Zahlungspflichtige*r

Name: _____

IBAN: DE _____

BIC: _____

Mandatsreferenznummer: 2024SoLawi _____ (Hier wird die Mitgliedsnr. eingetragen)

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber*in