SEPA-Lastschriftmandat

Name des Schülers/der Schülerin:

angemeldet für:

Hiermit ermächtige|n ich|wir das Unternehmen **Synapsis Dr. Jordan e. K.**, Rabanusstraße 40 - 42, 36037 Fulda, bis auf Widerruf die fälligen Zahlungen von meinem|unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise|n ich|wir mein|unser Kreditinstitut an, die von dem Unternehmen Synapsis Dr. Jordan e. K. von meinem|unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

- Mittagsverpflegung

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE15ZZZ00000567925

Mandatsreferenz (Kundennummer) T __|__|__|__|__

von folgendem Konto abzubuchen:

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut (Name, BIC) _ _ _ _ _ _ _ _|_ _ _

IBAN DE_ _|_ _ _ _|_ _ _ _|_ _ _ _|_ _ _ _|_ _ _ _|_ _

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Dauer des Anmeldevertrages geschlossen mit (Name, Vorname Vertragspartner):

Datum | Ort | Unterschrift Kontoinhaber|in