

---

**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen (SEPA-Lastschrift)**

VITASA Gesundheit & Kultur Arnstadt e.V., Zimmerstraße 16, 99310 Arnstadt

**SEPA-Lastschriftmandat**

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE99ZZZ01234567890

**Mandatsreferenz:** (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den VITASA G & KA e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VITASA G & KA e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

**Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung**

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

BIC:            \_ \_ \_ \_ \_

IBAN:        D E \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers