

# Saarbrücker Tanzsport-Club Schwarz-Rot e.V.

Geschäftsstelle  
Kaseler Weg 11  
66113 Saarbrücken  
www.stc-schwarz-rot.de

## SEPA- Lastschriftmandat

Gläubiger- Identifikationsnummer **DE20STC00000109219**

**Mandatsreferenz:** wird separat mitgeteilt

Ich/wir ermächtige/n den Saarbrücker Tanzsport-Club Schwarz-Rot e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise/n ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die vom Saarbrücker Tanzsport-Club Schwarz-Rot e.V. auf meinem/unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung, zum 10. des laufenden Monat

---

Vorname und Nachname des Kontoinhabers

---

Straße und Hausnummer

Land    Postleitzahl    Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------

IBAN (22 Stellen)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

BIC (8-11 Stellen)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Wir sind dazu verpflichtet, Ihnen die Lastschrifftermine der Beitragszahlung vorab anzukündigen. Der fällige Monatsbeitrag wird am 10. des laufenden Monats eingezogen. Sollte der 10. ein Sonntag oder Feiertag sein folgt der nächste Werktag

Ort

Datum

---

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Unterschrift/en

---