

## SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich Help for a smile e.V., meinen Jahresmitgliedsbeitrag / meine Spende in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR monatlich quartalsweise jährlich einmalig von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Help for a smile e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

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

IBAN DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_

BIC / Kreditinstitut \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum / Unterschrift

Help for a smile e.V. - Ochsenwerder Elbdeich 182 (c/o Ines Schultz) - 21037 Hamburg - info@helpforasmile.de  
Gläubiger-IdentNr.: DE26ZZZ00001329177 / Mandatsreferenz (wird vom Verein vergeben): \_\_\_\_\_