

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen
Schule an der Fischerhuder Straße - Ganztagsgrundschule**

ASB Gesellschaft für Seelische Gesundheit mbH
Rathausplatz 1
28309 Bremen

Name des Kindes:

Essensbeiträge für den Zeitraum vom **01.08. bis 31.07.**

Schulmittagessen monatlicher Beitrag: _____

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE82M0500000749467

Mandatsreferenz: wird in einem gesonderten Schreiben bekannt gegeben

Ich ermächtige den ASB Gesellschaft für Seelische Gesundheit mbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ASB Gesellschaft für Seelische Gesundheit mbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Im Falle einer Rückbuchung, werden mir auch die Rückbuchungsgebühren abgezogen.

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.

(Vorname und Name des Kontoinhabers)

(Straße und Hausnummer des Kontoinhabers)

(Postleitzahl und Ort des Kontoinhabers)

_____|_____
(Internationale Bankleitzahl BIC des Kontoinhabers)

DE_____|_____|_____|_____|_____|_____
(Internationale Bankkontonummer IBAN des Kontoinhabers)

Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers