

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger	SOCIUS – Die Bildungspartner gGmbH Türirschmidtstraße 7/8, 10317 Berlin
Gläubiger-Identifikationsnummer	DE 06 ZZZ00000131393

Eltern-Nr.	
Name, Vorname des Kindes / der Kinder *	
Schule / Klasse	
Anschrift des Kindes / der Kinder	

Ich ermächtige / Wir ermächtigen SOCIUS – Die Bildungspartner gGmbH, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von SOCIUS – Die Bildungspartner gGmbH auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name des Kontoinhabers												
Anschrift des Kontoinhabers												
IBAN	D	E										
Name der Bank												
Die Abbuchung soll erfolgen am	<input type="checkbox"/> 1. des Monats						<input type="checkbox"/> 15. des Monats					

Ort / Datum, Unterschrift KontoinhaberIn

Ort / Datum, Unterschrift KontoinhaberIn

* Bitte beachten Sie, dass sich dieses Lastschriftmandat auf die Eltern-Nr. bezieht und somit auch für eventuelle Geschwisterkinder gültig ist.