

**SEPA-Lastschriftmandat  
für das SEPA Basis-Lastschriftverfahren**


Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):  Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e.V. Geschäftsstelle Gummersbergstraße 24 60435 Frankfurt am Main	Name, Vorname und genaue Anschrift des Zahlungspflichtigen: Vorname und Name:
	Straße und Hausnummer:
	Postleitzahl und Ort:
Gläubiger-Identifikationsnummer: <b>DE87ZZZ00000050492</b>	Mandatsreferenz: <b>-wird separat mitgeteilt-</b>
Zahlungsart: <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung	

Ich/Wir ermächtige(n) den Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die vom Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e.V. 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/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname und Name bzw. Firma):
Straße und Hausnummer:
Postleitzahl und Ort:

Kreditinstitut (Bankname)	BIC <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									D	E																														
								D	E																																
IBAN: <table border="1"><tr><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		D	E																																						
D	E																																								

Ort, Datum:	 <hr/> Unterschrift(en) Kontoinhaber bzw. Kontobevollmächtigter
-------------	---

**Ohne Angabe des Datums ist das SEPA-Lastschriftmandat nicht gültig!**

**Dieses SEPA-Lastschriftmandat muss im Original dem Frankfurter Verband e.V. vorgelegt werden – Kopien, Faxes oder Scans können nicht akzeptiert werden. Vielen Dank.**

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung bzw. den Vertrag mit dem oben angegebenen Zahlungspflichtigen.

# Kursanmeldung

*Café Anschluss*

Hansaallee 150, 60320 Frankfurt, Tel.: 069 - 55 09 15, E-Mail: info@cafe-anschluss.de

**Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgenden Kursen an:**

Kursnr.	Kurstitel	Datum	Gebühr
<b>Gesamtbetrag</b>			

Name.: ..... Vorname: .....

Telefon: .....

Für eventuelle Rückfragen bitte angeben!

## Rücktrittsbedingungen

Rücktritt von Veranstaltungen ist möglich bis zu 5 Öffnungstagen vor Beginn eines Kurses. Eine Rückzahlung erfolgt bei Vorlage der Quittung; 5 € werden als Bearbeitungsgebühr einbehalten. Danach ist eine Erstattung nicht mehr möglich.

Datum: ..... Unterschrift: .....