

**SEPA-Lastschriftmandat Gläubiger-Identifikationsnummer: DE77ZZZ00000814159**

Ich ermächtige den Landesverband Autismus Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Mitgliedsbeitrag zum Fälligkeitstermin von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Landesverband Autismus Mecklenburg-Vorpommern e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstituts

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort, Unterschrift

Hinweis: Ich kann/Wir können das SEPA-Lastschriftmandat 8 Wochen vor Fälligkeitstermin widerrufen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

-----  
Landesverband Autismus Mecklenburg-Vorpommern e.V.; Vereinsregisternummer: VR 10133, Sitz Rostock  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank; IBAN: DE81 3006 0601 0008 1482 52; BIC: DAAEDEDXXX