

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate (Deutschland, EU-Ausland und Schweiz)

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

**PERRY RHODAN FanZentrale e.V. c/o Leonhard Beyrle**

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

**Postfach 100 118**

Straße und Hausnummer / Street name and number

**76275 Ettlingen**

**Deutschland**

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country

DE22ZZZ00001059104

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier



**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor)**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger PERRY RHODAN FanZentrale e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger PERRY RHODAN FanZentrale 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 / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise the creditor PERRY RHODAN FanZentrale e.V. to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor PERRY RHODAN FanZentrale e.V.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms of conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment

- Wiederkehrende Leistung / Recurrent payment  
 Einmalige Leistung / One time payment

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debitor name**

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debitor address:

**Straße und Hausnummer / Street name and number**

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city**

**Land / Country**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters)**

**BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters)**

**Ort /Location:**

**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY)**

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature of the debtor**

Hinweis: Meine Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.

Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Perry Rhodan FanZentrale e.V.  
IBAN: **DE30 2585 0110 0046 0424 20** BIC: **NOLADE21UEL**  
SK Uelzen Lüchow-Dannenberg