



**Bank**  
für Sozialwirtschaft

**Deutscher Hilfsverein für das Albert-Schweitzer-Spital Lambarene e.V.**  
**Wolfgangstr. 109**  
**60322 Frankfurt a.M.**

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 18DHV00000613946**

**Mandatsreferenz Nr.:**

### **SEPA – Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n) den **Deutschen Hilfsverein für das Albert-Schweitzer-Spital Lambarene e.V., Frankfurt a.M.** Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom **Deutschen Hilfsverein für das Albert-Schweitzer-Spital Lambarene 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.

**Vorname und Name (Kontoinhaber):**

---

**Straße und Hausnummer:**

---

**Postleitzahl und Ort**

---

**Betrag**

---

**Konto Nr. – IBAN**

**BIC**

DE \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_

---

**Datum , Ort**

**Unterschrift**

---

---