





## SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Altonaer Kinderkrankenhaus von 1859 e.V., meinen oben genannten jährlichen Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen.

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

Kontoinhaber	Kontoinhaber	_____
Straße/Hausnr.	Straße Hausnummer	_____
PLZ/Wohnort	PLZ Wohnort	_____
BIC	BIC	_____
IBAN	IBAN	_____
Ort, Datum, Unterschrift	Ort	Datum
	_____	_____

Altonaer Kinderkrankenhaus von 1859 e. V.

Vorstandsvorsitzender Kay Jacobsen | Vereinsregister Amtsgericht Hamburg 69 VR 5029

Hamburg Commercial Bank AG - IBAN: DE 33 2105 0000 1000 0653 83 - BIC: HSHNDEHHXXX

Gläubiger-ID: DE54AKK00000656948