

Absender:

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

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

**Rückantwort**

CDU-Kreisverband Trier-Stadt  
Seizstraße 11  
54290 Trier

FAX: 0651-995560-19

**SEPA-Lastschriftmandat/SEPA Direct Debit Mandat**

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE7ZZZ00000127392**

Eindeutige Mandatsreferenznummer: \_\_\_\_\_ (wird vom Empfänger ausgefüllt)

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber: Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber: Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber: PLZ und Ort

X

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

X

\_\_\_\_\_  
IBAN-Nummer

X

\_\_\_\_\_  
BIC

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt dem folgenden Einzug einer

Einzelspende \*)  Dauerspende \*) ab dem X \_\_\_\_\_ bei

monatlicher \*)  vierteljährlicher \*)  halbjährlicher \*)  jährlicher\*) Zahlungsweise

über EUR X \_\_\_\_\_ zu Lasten meines/unseres Kontos.

Ich/Wir ermächtige/n den CDU-Kreisverband Trier-Stadt der CDU Deutschlands, die o.g. Zahlung von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom CDU-Kreisverband Trier-Stadt auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

Trier, den X

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

\*) zutreffendes bitte ankreuzen