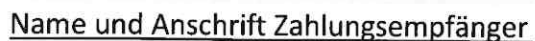


### Wiederkehrende Zahlungen



30559 Hannover

Gläubiger-Identifikationsnr.:

DE 09 ZZZ 000 000 80996

Kunden-/ Deb.-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zugleich weise ich mein / unser Kreditinstitut an, die von dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Niedersachsen e.V. auf mein / unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belastenden Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem

## Gültigkeit

--

--

--	--

[illegible][illegible]

--

☐ ab Unterzeichnung ☐ auch für offene, rückwirkende Rechnungen

Name + Funktion der  
unterschriftsberechtigten  
Person bzw. Stempel

\_\_\_\_\_

--

--