



Hamburger Landstraße 36  
24113 Molfsee

## **Lastschriftmandat**

Hiermit ermächtige ich den Verband Association Pädagogische Supervision (APS), Landesverband Schleswig-Holstein e.V. widerruflich, den von mir zu entrichtenden APS- Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen.

BIC: ..... IBAN: .....

Geldinstitut: .....

**Unser Zahlungsverkehr wurde ab 01.02.2014 auf das europaweit einheitliche SEPA- Basis- Lastschriftverfahren umgestellt. Die Gläubiger- Identifikationsnummer der APS lautet: DE19ZZZ00000721501.**

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Name: ..... Vorname: .....

Ort: ..... Datum: .....

**Unterschrift:** .....