BEST-SABEL

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

für das Kind / den*die Schüler*in / den*die Student*in

☐ Neu	Name, Vorname/n:	
☐ Änderung	Einrichtung:	

ermächtige ich/ermächtigen wir den*die Zahlungsempfänger*in die

BEST-Sabel Bildungseinrichtungen gGmbH, Littenstraße 109, 10179 Berlin	
Gläubiger-Identifikationsnummer DE 40 ZZZ 00001830706	**Mandatsreferenz:** (vergibt Zahlungsempfänger*in)

Zahlungen sowie mögliche Rückstände für die Dauer des Vertragsverhältnisses mit folgender Zahlungsweise

Vertragsnummer:		beginnend ab:	
Bitte ankreuzen! (Für alle Zahlungsweisen erfolgt der Einzug im Voraus.)			
☐ Monatlicher Einzug zum dritten Werktag eines Monats zzgl. 6 % Gebühren auf Schulgeld und EFöB-Kosten für Selbstzahlende			
☐ Halbjährlicher Einzug zum dritten Werktag eines Halbjahres zzgl. 3 % Gebühren auf Schulgeld und auf EFöB-Kosten für Selbstzahlende			
☐ Jährlicher Einzug zum dritten Werktag eines Kita-/Schul-/Ausbildungsjahres			

mittels Lastschrift von folgendem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem*der Zahlungsempfänger*in auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Bank/ Kreditinstitut:																							
BIC:																							
IBAN:	D	E																					

Zahlungsverpflichtete*r und Kontoinhaber*in		Kontoinhaber*in falls abweichend	
Anrede:		Anrede:	
Vorname:		Vorname:	
Nachname:		Nachname:	
Straße Nr.:		Straße Nr.:	
PLZ Ort:		PLZ Ort:	
E-Mail-Adresse:		E-Mail-Adresse:	

Ich/Wir erkläre/n uns einverstanden, die Frist der Zusendung einer Vorabinformation von 14 auf 5 Tage zu verkürzen. Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen ab dem Belastungsdatum die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Aus Gründen des Verbraucherschutzes muss das SEPA-Lastschriftmandat der BEST-Sabel Bildungseinrichtungen gGmbH im Original vorliegen. Änderungen zur Zahlungsweise, Kontoverbindung oder zu den Adressdaten müssen dem*der Zahlungsempfänger*in bis 15 Tage vor Fälligkeit vorliegen. Alle meine/unsere vorstehend gemachten Angaben sind vollständig und korrekt.

_____	_____	_____
Datum	Unterschrift Kontoinhaber*in	Unterschrift Sorgeberechtigte

Bei minderjährigen Kontoinhaber*innen ist zusätzlich die Unterschrift der Sorgeberechtigten notwendig.

Zurücksetzen

BEST-Sabel Bildungseinrichtungen gGmbH, Littenstraße 109, 10179 Berlin, TEL +49 30 428491-50, bsb@best-sabel.de, BEST-SABEL.DE,
Geschäftsführung: Peggy Kandziora, Dr. Carsten Breyde, HRB 96921 B, AmtsG Berlin-Charlottenburg, St.-Nr.: 27/601/52306, Stand: 09.11.2022