

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger			
Empfänger		Anschrift	
		PLZ, Ort	
Unsere Creditor-ID		Ihre Mandatsreferenz	
Kundendaten			
<input type="checkbox"/> Herr	Titel, Nachname / Firmenwortlaut		Vorname
<input type="checkbox"/> Frau			
<input type="checkbox"/> Firma			
Straße, Hausnummer, Stiege/Stock, Tür/Top		PLZ	Ort
Kundennummer	Geburtsdatum	UID-Nummer	Firmenbuchnummer
Telefon		E-Mail	
Anlagendaten			
Anlagennummer		Anlagenbezeichnung	
Straße, Hausnummer, Stiege/Stock, Tür/Top		PLZ	Ort
SEPA-Lastschriftmandat			
Kontoinhaber			
Bankinstitut			
IBAN		BIC	
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>			

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kontoinhaber (firmenmäßige Zeichnung)

Wichtig: Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular an uns zurück.