

SEPA-Lastschriftmandat

--



Gläubiger/in	
Gläubigeridentifikations-Nr.	

Mandatsreferenz = Kassenzeichen	Bitte unbedingt angeben
--	-------------------------

1. Zahlungspflichtige/r

Name/Firma	
Straße	Hausnummer
Telefon (freiwillig)	Fax (freiwillig)

Vorname		
Land	PLZ	Ort
E-Mail (freiwillig)		

2. Kontoinhaber (falls abweichend)

Familiennamen	
Straße	Hausnummer
Telefon (freiwillig)	Fax (freiwillig)

Vorname		
Land	PLZ	Ort
E-Mail (freiwillig)		

3. Bankverbindung

Kreditinstitut	BIC
IBAN	

4. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die oben genannte Behörde, die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der oben genannten Behörde auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------