

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger (Gläubiger)

Name des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Land

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Ich ermächtige/Wir ermächtigen _____, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von _____ auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Zahlungsart: ☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Land

IBAN des Zahlungspflichtigen

BIC (nur erforderlich, wenn eine Bank außerhalb des EWR beteiligt ist)

Ort

Datum

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen

Hinweis: Meine/Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/wir von meinem/unserem Kreditinstitut erhalten kann/können.

Bitte unterschrieben zurücksenden an: