

**SEPA-Lastschriftmandat**

Zahlungsempfänger			
Empfänger		Anschrift	PLZ, Ort
Unsere Creditor-ID		Ihre Mandatsreferenz	
Kundendaten			
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma	Titel, Nachname / Firmenwortlaut		Vorname
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	
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.			

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Kontoinhaber (firmenmäßige Zeichnung)

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