



Bahnhofstraße 34
01734 Rabenau

SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer d.AZV: DE64 ZZZ0 0000 3292 96

Mandatsreferenz:

(wird vom AZV ausgefüllt)

.....

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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 Zahlungen einmalige Zahlungen

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Konto b.Kreditinstitut: BIC(optional):

IBAN des Zahlungspflichtigen: DE
|Bankleitzahl|Kontonummer

Ort:

Datum:

Unterschrift(en) des/ der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):