

SEPA Lastschrift-Mandat

Zahlungsempfänger:

CreditorID:

Mandatsreferenz:

Name*:

**Abbuchung für*:
(Adresse)**

BIC*

IBAN*

Abbuchung ab*

**Ort, Datum,
Unterschrift***

Mit * Gekennzeichnete Bereiche bitte zu ergänzen

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