

SEPA-Lastschriftmandat



Gläubiger/in	
Gläubigeridentifikations-Nr.	
Mandatsreferenz/Kassenzeichen	

1. Zahlungspflichtige/r

Name/Firma		Vorname	
Straße Hausnummer		PLZ	Ort
Telefon (freiwillig)	Fax (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)	

2. Kontoinhaber (falls abweichend)

Familiename		Vorname	
Straße Hausnummer		PLZ	Ort
Telefon (freiwillig)	Fax (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)	

3. Bankverbindung

Kreditinstitut	
IBAN	BIC

4. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die oben genannte Behörde, 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
------------	--------------