

SEPA-Basislastschrift-Mandat

(SEPA DIRECT DEBIT CORE MANDATE)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

--

SEPA-Basislastschrift-Mandat

Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers/ Gläubiger Identifikationsnummer (CID):

--

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

--

- einmalige Zahlung
- wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) , Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) 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.

Bitte alle mit * gekennzeichneten Felder ausfüllen.

Zahlungspflichtiger / Debtor:

Name des Zahlungspflichtigen

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort / Land

IBAN

SWIFT / BIC

Checkliste:

1.	Sie erhalten dieses Dokument in 2-facher Ausfertigung.
2.	Das Dokument muss vollständig ausgefüllt sein.
3.	Unterzeichnen Sie bitte beide Exemplare und senden Sie eines davon an uns zurück.

Sonstige Informationen:

a.	Die Fälligkeiten der Beträge sind jeweils auf der Rechnung ersichtlich, eine gesonderte Information erhalten Sie nicht.
b.	Im Falle einer Datenänderung (IBAN, BIC, Adresse,...) bitten wir um frühzeitige Information. Das Unterlassen berechtigt Sie nicht zum Rücktritt von der Zahlungsverpflichtung.

*Ort, Datum, Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen

SEPA-Basislastschrift-Mandat

(SEPA DIRECT DEBIT CORE MANDATE)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

--

SEPA-Basislastschrift-Mandat

Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers/ Gläubiger Identifikationsnummer (CID):

--

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

--

- einmalige Zahlung
 wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) , Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) 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.

Bitte alle mit * gekennzeichneten Felder ausfüllen.

Zahlungspflichtiger / Debtor:

Name des Zahlungspflichtigen

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort / Land

IBAN

SWIFT / BIC

Checkliste:

1.	Sie erhalten dieses Dokument in 2-facher Ausfertigung.
2.	Das Dokument muss vollständig ausgefüllt sein.
3.	Unterzeichnen Sie bitte beide Exemplare und senden Sie eines davon an uns zurück.

Sonstige Informationen:

a.	Die Fälligkeiten der Beträge sind jeweils auf der Rechnung ersichtlich, eine gesonderte Information erhalten Sie nicht.
b.	Im Falle einer Datenänderung (IBAN, BIC, Adresse,...) bitten wir um frühzeitige Information. Das Unterlassen berechtigt Sie nicht zum Rücktritt von der Zahlungsverpflichtung.

*Ort, Datum, Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen