

Lastschriftmandat

--

Gläubiger/in	
Gläubiger-Identifikations-Nr.	

1. Zahlungspflichtige/r

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

2. Bankverbindung

Kontoinhaber/in: Familienname		Vorname		
IBAN			BIC	
Name des Kreditinstituts				

3. Kassenzzeichen (für die das Lastschriftmandat erteilt werden soll)

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

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.

Hinweis für Unternehmen: Die Firma ist nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrags zu verlangen. Die Firma ist berechtigt, ihr Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Hinweis für Sonstige: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------