



Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

SEPA – Lastschrift – Mandat

Zahlungsempfänger: _____

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

IBAN: _____

BIC*: _____

*nur für Auslandsüberweisungen erforderlich

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift(en) des / der Kontozeichnungsberechtigten