|  |
| --- |
| **SEPA-Lastschrift-Mandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme |

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/ Credit Identifier) | Mandatsreferenz |

Ich/Wir ermächtige(n) die/ das

|  |
| --- |
| (Name des Zahlungsempfängers) |

einmalig eine Zahlung  wiederkehrende Zahlungen

von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der/ dem

|  |
| --- |
| (Name des Zahlungsempfängers) |

auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Kreditinstituts des Kontoinhabers | BIC |
|  | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ |
| IBAN | |
| \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ | \_ \_ | |

|  |  |
| --- | --- |
| Kontoinhaber (Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) | Zahlungspflichtiger (Name, Straße, Hausnummer PLZ, Ort)  **Bitte nur ausfüllen, wenn abweichend vom Kontoinhaber!** |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum | Unterschrift des Kontoinhabers |
|  |  |

**Ausfertigung für den Zahlungsempfänger**

|  |
| --- |
| **SEPA-Lastschrift-Mandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme |

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/ Credit Identifier) | Mandatsreferenz |

Ich/Wir ermächtige(n) die/ das

|  |
| --- |
| (Name des Zahlungsempfängers) |

einmalig eine Zahlung  wiederkehrende Zahlungen

von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der/ dem

|  |
| --- |
| (Name des Zahlungsempfängers) |

auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Kreditinstituts des Kontoinhabers | BIC |
|  | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ |
| IBAN | |
| \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ | \_ \_ | |

|  |  |
| --- | --- |
| Kontoinhaber (Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) | Zahlungspflichtiger (Name, Straße, Hausnummer PLZ, Ort)  **Bitte nur ausfüllen, wenn abweichend vom Kontoinhaber!** |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum | Unterschrift des Kontoinhabers |

**Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen**