

SEPA-Lastschriftmandat

(SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme
Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)



Apotheker Dirk Lobert e.K.
Oststraße 16 | 07768 Kahla
Telefon (036424) 22595
rosenapo-kahla@t-online.de
www.rosen-apotheke-kahla.de



Gläubiger-Identifikationsnummer
(CI/Creditor Identifier)

DE8ZZZ00000722404

Mandatsreferenz
(wird vom Zahlungsempfänger ergänzt)

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

.....
.....

Kreditinstitut (Name der Bank)

	BIC _ _ _ _ _
--	---------------

IBAN

DE _ _ _ _ _

Ort, Datum

--

Unterschrift(en)

--