

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die \_\_\_\_\_, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der \_\_\_\_\_ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)		
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl und Ort		
Land	<input type="checkbox"/> Deutschland oder	(falls nicht Deutschland)
Kreditinstitut (Name)		
BIC		
IBAN		
Zahlungsart	<input type="checkbox"/> einmalige Zahlung	<input type="checkbox"/> wiederkehrende Zahlung
Ort, Datum	Unterschrift	