

**Rücksendung bitte per Fax an:**

**+49 89 8562215**

## **Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen / weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen 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 Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/in \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

**Gläubiger-ID:** DE74ZZZ00001923796  
Mandatsreferenz: Erhalt mit der Vorankündigung zum SEPA-Einzug (Pre-Notification).

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.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift von Kontoinhaber/-in bzw. Bevollmächtigte/-r  
**für SEPA-Lastschriftmandat**