SEPA-Lastschriftmandat

Berechtigte Person/Einrichtung

August Schmelzer & Sohn GmbH
Name/Firma/Person/Institut

Buchhaltung
Ansprechpartner

Auf der Acht 1
Straße, Nr.

55743 Idar-Oberstein
Ort

06781 - 566 125
Telefon

Ich ermächtige die oben genannte Person/Einrichtung, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von oben genannter Person/Einrichtung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 14ZZZ00000001075

Mandatsreferenz: _____

Die Mandatsreferenz wird von uns vergeben und Ihnen mitgeteilt!

◯ Mandat für einmalige Zahlung

◯ Mandat für wiederkehrende Zahlungen

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

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut Name

BIC

LKZ PrüfZ IBAN

Ort

Datum

Unterschrift der/des Zeichnungsberechtigten