

Abbuchungsauftrag / SEPA Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz: 0101799501017995

ZAHLUNGSEMPFÄNGER (Name, Anschrift):

Familie Schärf GmbH
Gewerbepark Harham 23
5760 Saalfelden

Creditor-ID: AT91ZZZ00000023809

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (Name des Zahlungsempfängers), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von (Name des Zahlungsempfängers) auf mein / unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

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.

Zahlungsart: wiederkehrende Lastschrift

ZAHLUNGSPFLICHTIGER:

Name: _____

Anschrift: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum, Unterschrift: _____