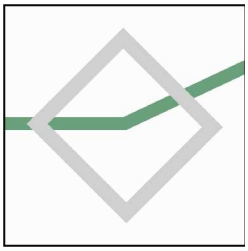
SEPA-Basislastschriftmandat



Zahlungsempfänger
Steuerberater
Torsten Rasmußen
Lilienthalstraße 29
24941 Flensburg
Deutschland

Ich ermächtige / wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto /unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die Lastschriften nach sieben Bankarbeitstagen ab Rechnungsdatum von meinem / unserem Konto eingezogen werden.

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.

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE53ZZZ00001061262**

Mandatsreferenz: ----------

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Land des Zahlungspflichtigen

Kreditinstitut Name | BIC

LKZ | PrüfZ | IBAN

Ort | Datum | Unterschrift