

# Lastschriftmandat

--

Gläubiger/in	
Gläubiger-Identifikations-Nr.	

## 1. Zahlungspflichtige/r

Familienname		Vorname		
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)	

## 2. Bankverbindung

Kontoinhaber/in: Familienname		Vorname		
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
IBAN	BIC		Name des Kreditinstituts	

## 3. Kassenzzeichen/Mandatsreferenz (für die das Lastschriftmandat erteilt werden soll)

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

## 4. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die oben genannte Behörde, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der oben genannten Behörde auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Verfügbarkeit, Nachzahlung und Veröffentlichung  
und elektronische Speicherung nur mit Genehmigung!

E-Mail: [info@form-solutions.de](mailto:info@form-solutions.de)  
[www.form-solutions.de](http://www.form-solutions.de)

Form-Solutions  
Artikel-Nr. 010001

