

SEPA-Lastschrift-Mandat

SEPA Direct Debit Mandate

Mandatsreferenz*

Mandate reference

Name des Zahlungsempfängers*

Creditor name

Strasse und Hausnummer*

Street name and number

Postleitzahl und Ort*

Postal code / City

Land*

Country

Gläubiger-Identifikationsnummer*

Creditor identifier

Zahlungsart*

Type of payment

Wiederkehrende Zahlung

Recurrent payment

Einmalige Zahlung

One-off payment

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen

Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von

auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

By signing this mandate form, you authorise (A)

to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from

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.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Name des Zahlungspflichtigen*

Name of the debtor(s)

Strasse und Hausnummer*

Street name and number

Postleitzahl und Ort*

Postal code / City

Land*

Country

IBAN des Zahlungspflichtigen*

Account number – IBAN

SWIFT BIC*

SWIFT BIC

Bitte alle mit * gekennzeichneten Felder ausfüllen. / Please complete all the fields marked *.

Ort / Datum

Location / Date

Stempel und Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen

Stamp and Signature(s)