



**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)**

---

---

---

**Name und Anschrift des Kontoinhabers**

---

---

---

**Gläubiger Identifikationsnummer:**

---

**Mandatsreferenz**

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Mitgliedsname: \_\_\_\_\_

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) Sie widerruflich, die von mir/uns entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit mittels Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom

_____	_____	_____
Name des Zahlungsempfängers (Gläubiger),	Straße,	PLZ/Ort

auf mein /unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Kontoinhaber:
---------------

Kreditinstitut:	BIC:
-----------------	------

IBAN: DE
-------------

Ort, Datum	Unterschrift(en)
------------	------------------

