

SEPA - Firmenlastschrift-Mandat

Name und Anschrift Zahlungsempfänger se)Huber GmbH & Co KG	
Straße/Hausnummer Margot-Kalinke-Straße 9	
PLZ/Ort 80939 München	Land DE
Gläubiger Identifikationsnummer DE38ZZZ00000021498	Mandatsreferenz 8360
Zahlungsart <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung oder <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung	

Ich ermächtige/Wir ermächtigen se)Huber GmbH & Co KG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von se)Huber GmbH & Co KG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin/Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin/Wir sind berechtigt, mein/unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen	
Straße/Hausnummer	
PLZ/Ort	Land
Kreditinstitut des Zahlungspflichtigen	SWIFT/BIC
IBAN	
Datum	Unterschrift/Stempel des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)
Ort	

Exemplar für den Zahlungsempfänger

SEPA - Firmenlastschrift-Mandat

Name und Anschrift Zahlungsempfänger se)Huber GmbH & Co KG	
Straße/Hausnummer Margot-Kalinke-Straße 9	
PLZ/Ort 80939 München	Land DE
Gläubiger Identifikationsnummer DE38ZZZ00000021498	Mandatsreferenz 8360
Zahlungsart <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung oder <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung	

Ich ermächtige/Wir ermächtigen se)Huber GmbH & Co KG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von se)Huber GmbH & Co KG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin/Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin/Wir sind berechtigt, mein/unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen	
Straße/Hausnummer	
PLZ/Ort	Land
Kreditinstitut des Zahlungspflichtigen	SWIFT/BIC
IBAN	
Datum	Unterschrift/Stempel des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)
Ort	

Exemplar für das Kreditinstitut des Zahlungspflichtigen