



SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) die Dr. Groß & Scheifler GbR, Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Dr. Groß & Scheifler GbR 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

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

Land

Name der Bank

SWIFT BIC (Internationale Bankleitzahl)

D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _
IBAN

Zahlungsempfänger

Dr. Groß & Scheifler GbR

Schloßstr. 18

34212 Melsungen

Deutschland

Hinweis: Meine/Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/wir von meinem/unserem Kreditinstitut erhalten kann/können.

Datum, Ort und Unterschrift des Zahlungspflichtigen