

SEPA Lastschrift-Mandat  
SEPA Direct Debit Core Mandate

|              |
|--------------|
| An/To        |
| Creditor-ID: |

Mandatsreferenz / Mandate reference:

|                                                                                                                                                                |                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zahlungspflichtiger<br>Debtor                                                                                                                                  |                                                                                                |
| Name (Titel, Vorname, Nachname)<br>Name of the debtor(s):                                                                                                      | Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Postfach)<br>Address (Street name and number, Postal code, City): |
| IBAN                                                                                                                                                           | BIC                                                                                            |
| bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)<br>at (exact description of the credit company)                                                                |                                                                                                |
| Zahlungsart<br>Type of payment<br><input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung/recurrent-payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung/one-off-payment |                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kundenwunsch<br>Customer's Request                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Neu / New<br><input type="checkbox"/> Änderung folgender Daten / Amendment of the following information:<br><input type="checkbox"/> Widerruf / Revocation                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Ich ermächtige / Wir ermächtigen , Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.<br>Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.<br>Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. |
| By signing this mandate form, you authorise to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from . 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.                                                      |

\*01/01\*

Ort, Datum  
Location, DateUnterschrift(en) des (der) Kontozeichnungsberechtigten  
Signature(s) of the account holder(s)

