|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Max Mustermann  Musterstraße 24  6020 Musterort |  | Creditor Identifier (CID) des Zahlungsempfängers |
|  |  |
|  | Mandatsreferenz - vom Zahlungsempfänger auszufüllen |
|  |  |

Ich ermächtige / Wir ermächtigen …

|  |
| --- |
| ***Creditorfirma GmbH, Adresse……*** |

Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unsere Bank an, die von **…..*Creditorfirma GmbH, Adresse……***. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von **acht Wochen**, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meiner / unserer Bank vereinbarten Bedingungen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Zahlungsart*:* |  | Wiederkehrend |  | Einmalig |
|  | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Zahlungspflichtiger / Kontoinhaber | | | | Anschrift (Straße, Hausnummer) | | | | Postleitzahl, Ort | | | | Kreditinstitut | | BIC | | IBAN | | | | Ort, Datum | | | | Unterschrift (en) des Kunden: |  | | | | | | | |