

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers Stadtbibliothek Konz
<u>Anschrift des Zahlungsempfängers</u> Straße und Hausnummer: Konstantinstr. 50 Postleitzahl und Ort: Konz 54329
Gläubiger-Identifikationsnummer DE90ZZZ00000291483
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)
Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.
Zahlungsart <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung
Name des Zahlungspflichtigen
<u>Anschrift des Zahlungspflichtigen</u> Straße und Hausnummer: Postleitzahl und Ort: Land:
IBAN des Zahlungspflichtigen (max 35 Stellen)
BIC (8 oder 11 Stellen) <small>Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.</small>
Ort, Datum
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)