

**SEPA - Lastschriftmandat**  
**SEPA - Direct Debit Mandate**

**Name des Zahlungsempfängers**

Manfred Lang GmbH

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

**Straße und Hausnummer**

Straubinger Str. 47 a

**Postleitzahl und Ort**

94333 Geiselhöring

**Land**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer**

DE60ZZZ00000064170

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)**

K

Ich ermächtige/Wir ermächtigen(A)den Zahlungsempfänger(Name siehe oben), Zahlungen von meinem / 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**

Wiederkehrende Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

**Straße und Hausnummer**

**Postleitzahl und Ort**

**Land**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max.35 Stellen)**

**BIC (8 oder 11 Stellen)**

**Ort**

**Datum:**

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger

**SEPA - Lastschriftmandat**  
**SEPA - Direct Debit Mandate**

**Name des Zahlungsempfängers**

Manfred Lang GmbH

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

**Straße und Hausnummer**

Straubinger Str. 47 a

**Postleitzahl und Ort**

94333 Geiselhöring

**Land**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer**

DE60ZZZ00000064170

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)**

K

Ich ermächtige/Wir ermächtigen(A)den Zahlungsempfänger(Name siehe oben), Zahlungen von meinem / 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**

Wiederkehrende Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

**Straße und Hausnummer**

**Postleitzahl und Ort**

**Land**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max.35 Stellen)**

**BIC (8 oder 11 Stellen)**

**Ort**

**Datum:**

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen