

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat

SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Fa. SHOCK-THERAPY® Inh. Hans Scherf

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Otto-Hahn-Str. 12-14

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

65520 Bad Camberg

Land / Country:

Germany

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE98ST10000003831

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

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.

Es gilt eine Vorlagefrist von 5 Werktagen vor Fälligkeit vor der ersten Zahlung als vereinbart.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin / Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin / Wir sind berechtigt, mein / unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

Interne Eingabe Shock Therapy® (nicht ausfüllen!)

Kundennummer:

Datum

Kürzel

1. Systemeingabe _____

2. Systemeingabe _____

- Neuanlage
- Änderung Bankverbindung
- Änderung Mandatsreferenz
- Änderung von BE in SeFila

Kommentarfeld