

ANTWORT

Krist Assekuranzmakler GmbH & Co. KG
Dr.-Bayer-Straße 10
84347 Pfarrkirchen | Deutschland

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: DE 89 ZZZ 00000161521		<input checked="" type="checkbox"/> Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung	
Eindeutige Mandatsreferenz wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt			
Vertrags- bzw. Kundennummer			
Name Vorname des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)			
Straße Hausnummer des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)			
PLZ Ort des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)			
Land des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)			
IBAN des Zahlungspflichtigen			
BIC des Zahlungspflichtigen			

Ich ermächtige (wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von auf mein (unsere) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (wir können) innerhalb acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort	Datum	Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)
-----	-------	---

Bitte ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und ab per **Fax an: 0 85 61 | 986 58 99** oder Post (in ein Fensterkuvert stecken und los geht's).