

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die KurpfalzTEL GmbH (Zahlungsempfänger), Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittel Lastschriftverfahrens einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der KurpfalzTEL GmbH 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.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE24ZZZ00001368983

1. Angaben zum Vertragsinhaber

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort / Ortsteil

Kundennummer (falls vorhanden)

(falls abweichend zu Punkt 1)

2. Angaben zum Kontoinhaber

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort / Ortsteil

3. Bankverbindung

Kreditinstitut

IBAN

4. Unterschrift

Ort

Datum

✕

Unterschrift Vertragsinhaber, ggf. Stempel

Ort

Datum

✕

Unterschrift Kontoinhaber

(falls abweichend zu Punkt 1)