



# Lastschriftmandat

mit

sofortiger Wirkung

Wirkung ab

Datum (TT.MM.JJJJ)

Gläubiger/in	
Gläubiger-Identifikations-Nr.	

## 1. Zahlungspflichtige/r

Familienname		Vorname		
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)

## 2. Bankverbindung

Kontoinhaber/in: Familienname		Vorname		
IBAN			BIC	
Name des Kreditinstituts				

## 3. Kassenzzeichen/Mandatsreferenz (für die das Lastschriftmandat erteilt werden soll)

	Kassenzzeichen/Mandatsreferenz	Bezeichnung der Steuer/des Betrags
1		
2		
3		
4		
5		
6		

## 4. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die oben genannte Behörde, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der oben genannten Behörde auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

## 5. Ergänzungen

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Veröffentlichung, Nachahmung und Veröffentlichung und elektronische Speicherung nur mit Genehmigung!

E-Mail: [info@form-solutions.de](mailto:info@form-solutions.de)  
[www.form-solutions.de](http://www.form-solutions.de)

Form-Solutions  
Artikel-Nr. 010007

