

Otto Röhrs GmbH
Industriestraße 11
27383 Scheeßel

SEPA – Firmenlastschrift – Mandat (B2B)

Gläubiger- Identifikationsnummer: DE 81ZZZ00000129946	Mandatsreferenz: Kundennummer <input type="text"/>
---	--

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung
(bitte ankreuzen)

Ich ermächtige die Otto Röhrs GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Otto Röhrs GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name des Kontoinhabers

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

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

Name des Kreditinstitutes

IBAN (22- stellig)

BIC (11-stellig)

Ort, Datum

Name (Druckbuchstaben)

Firmenstempel, rechtsverbindliche Unterschrift

Bitte dieses ausgefüllte Formblatt **im Original** an Otto Röhrs GmbH zurück geben bzw. per Post zu senden.

Mandat Otto Röhrs GmbH

Otto Röhrs GmbH
Industriestraße 11
27383 Scheeßel

SEPA – Firmenlastschrift – Mandat (B2B)

Gläubiger- Identifikationsnummer: DE 81ZZZ00000129946	Mandatsreferenz: Kundennummer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung
(bitte ankreuzen)

Ich ermächtige die Otto Röhrs GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Otto Röhrs GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name des Kontoinhabers

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

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

Name des Kreditinstitutes

IBAN (22- stellig)

BIC (11-stellig)

Ort, Datum

Name (Druckbuchstaben)

Firmenstempel, rechtsverbindliche Unterschrift

Bitte dieses ausgefüllte Formblatt **im Original** an Otto Röhrs GmbH zurückgeben bzw. per Post zusenden.