Formular drucken

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate) für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

# Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

 komba gewerkschaft

 ludwigshafen am rhein e.V.

 Postfach 21 08 26

 67008 Ludwigshafen

Mandatsreferenz

12967

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Kreditor Identifier)

DE52 ZZZ 00000 932755

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

komba gewerkschaft ludwigshafen am rhein

,

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

komba gewerkschaft ludwigshafen am rhein

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

|  |
| --- |
| Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ,  |
| Kreditinstitut |
| BIC1 | IBAN |

Unterschrift

Ort, Datum

1 Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.



**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate) für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

 -**Durchschlag für Ihre Unterlagen-**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

# Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

 komba gewerkschaft

 ludwigshafen am rhein e.V.

 Postfach 21 08 26

 67008 Ludwigshafen

Mandatsreferenz

12967

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Kreditor Identifier)

DE52 ZZZ 00000 932755

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

komba gewerkschaft ludwigshafen am rhein

,

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

komba gewerkschaft ludwigshafen am rhein

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

|  |
| --- |
| Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)Höfflin Alexandra, Hüttenmüller Str. 8, 67063 Ludwigshafen |
| Kreditinstitut |
| BIC1 | IBAN |

Unterschrift

Ort, Datum

1 Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.