SEPA-Basislastschriftmandat

Zahlungsempfänger

Name:	Diako Kompass gem. GmbH
Straße und Hausnummer:	Karlplatz 27-31
Postleitzahl und Ort:	99817 Eisenach
Land des Zahlungsempfängers:	Deutschland

Ich ermächtige / wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger 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:	DE68ZZZ00000128725
Mandatsreferenz:	

☐ Mandat für einmalige Zahlung
☐ Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungspflichtiger

Vorname und Name (Kontoinhaber):	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
Land des Zahlungspflichtigen:	
Kreditinstitut Name:	
BLZ:	
Kontonummer:	
Geburtsdatum (Kontoinhaber):	

IBAN

D	**E**																				

BIC

zusätzliche Angaben

Vorname und Name des Kindes:	

Ort

Datum

Unterschrift der / des Zeichnungsberechtigten