

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates

Kundennummer _____ (bitte eintragen)

Name des Zahlungsempfängers Versorgungsbetriebe Amrum AöR
Straße, Hausnummer Strunwai 5
PLZ, Ort 25946 Nebel

Gläubiger-Identifikationsnummer DE02 ZZZ0 0000 3397 24

Mandatsreferenznummer _____ (wird von VB Amrum vergeben)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/wir ermächtige(n) die Versorgungsbetriebe Amrum AöR, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von den Versorgungsbetrieben Amrum AöR 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.

Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	_____
Straße und Hausnummer	_____
Postleitzahl und Ort	_____
Telefonnummer	_____
E-Mail	_____
Kreditinstitut	_____
IBAN (max. 35 Stellen)	DE ____ ____ ____ ____ ____ ____
BIC (8 oder 11 Stellen)	BIC ____ ____

Hiermit bestätige(n) ich/wir die vorgenannten Angaben und Daten und stimme dem Mandat zu.

Ort, Datum, Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Hinweis: Meine/Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/wir von meinem/unserem Kreditinstitut erhalten kann/können.