

# SEPA-Lastschriftmandat

---

Mundschutzversorgung.de  
c/o IT Schmiede e. Kfm.  
Nedderbrook 3  
21739 Dollern

Ich/Wir ermächtige(n) den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/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: DE76ZZZ00002309432  
Mandatsreferenz: entspricht Ihrer IBAN

---

Vorname und Name oder Firmenname (Kontoinhaber)

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

---

Name des Kreditinstitutes

---

BIC

---

IBAN

---

Ort

Datum

Unterschrift