

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die KurpfalzTEL GmbH (Zahlungsempfänger), Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittel Lastschriftverfahrens einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der KurpfalzTEL GmbH 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: DE24ZZZ00001368983

1. Angaben zum Vertragsinhaber

Nachname	Vorname
Straße	Hausnummer
Postleitzahl	Ort / Ortsteil
Kundennummer (falls vorhanden)	

(falls abweichend zu Punkt 1)

2. Angaben zum Kontoinhaber

Nachname	Vorname
Straße	Hausnummer
Postleitzahl	Ort / Ortsteil

3. Bankverbindung

Kreditinstitut	IBAN
----------------	------

4. Unterschrift

Ort	Datum	X Unterschrift Vertragsinhaber, ggf. Stempel
Ort	Datum	X Unterschrift Kontoinhaber (falls abweichend zu Punkt 1)