

# 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

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

(falls abweichend zu Punkt 1)

## 2. Angaben zum Kontoinhaber

<hr/>		<hr/>	
Nachname		Vorname	
<hr/>		<hr/>	
Straße		Hausnummer	
<hr/>		<hr/>	
Postleitzahl		Ort / Ortsteil	
<hr/>		<hr/>	

## 3. Bankverbindung

<hr/>	<hr/>
Kreditinstitut	IBAN

## 4. Unterschrift

<hr/>	<hr/>	✕
Ort	Datum	Unterschrift Vertragsinhaber, ggf. Stempel
<hr/>	<hr/>	
<hr/>	<hr/>	✕
Ort	Datum	Unterschrift Kontoinhaber (falls abweichend zu Punkt 1)