

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Seite 1/1

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger

Absender:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Ergänzt zurück an:

**Commerzbank AG
20092 Hamburg**

**oder per Fax an:
069 136-5 70 48**

Gläubiger-Identifikationsnummer (des Zahlungsempfängers)

Mandatsreferenz (wird von uns ausgefüllt)

Mandat für wiederkehrende Zahlung

Kundennummer: _____

Darlehensantrag vom: _____

über: _____

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Commerzbank AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen 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 Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

erstmals per _____

Name des Zahlers/der Zahler _____

Anschrift des Zahlers/der Zahler _____

IBAN _____

BIC _____

Name des Zahlungsdienstleisters
des Zahlers _____

Raum für sonstige Angaben des Zahlers

Unterschrift(en):

Ort, Datum _____

Unterschrift(en) des Zahlers/der Zahler  _____

SEPA-Lastschriftmandate, die später als 14 Tage vor dem Fälligkeitstermin eingehen, können erst zum folgenden Termin berücksichtigt werden.

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Seite 1/1

Ausfertigung für den Zahler

Absender:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Ergänzt zurück an:

**Commerzbank AG
20092 Hamburg**

**oder per Fax an:
069 136-5 70 48**

Gläubiger-Identifikationsnummer (des Zahlungsempfängers)

Mandatsreferenz (wird von uns ausgefüllt)

Mandat für wiederkehrende Zahlung

Kundennummer: _____

Darlehensantrag vom: _____

über: _____

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Commerzbank AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen 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 Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

erstmals per _____

Name des Zahlers/der Zahler _____

Anschrift des Zahlers/der Zahler _____

IBAN _____


BIC _____

Name des Zahlungsdienstleisters
des Zahlers _____

Raum für sonstige Angaben des Zahlers

Unterschrift(en):

Ort, Datum _____

Unterschrift(en) des Zahlers/der Zahler  _____

SEPA-Lastschriftmandate, die später als 14 Tage vor dem Fälligkeitstermin eingehen, können erst zum folgenden Termin berücksichtigt werden.