

SEPA-Lastschriftmandat

DOKART00510

E-Plus Service GmbH & Co. KG
Postfach
14425 Potsdam

Gläubiger-ID: DE21ZZZ00000079131
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Angaben des Vertrags- und Kontoinhabers

RK- und/oder Rufnummer _____

Anrede Herr Frau Firma

Kontoinhaber _____

Adresse _____

IBAN DE _____

BIC _____

Bankname _____

Ich ermächtige die E-Plus Service GmbH & Co. KG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der E-Plus Service GmbH & Co. KG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort _____ Datum __ _ __ _ 20 __ _	Unterschrift des Kunden
--	-------------------------