



Gläubiger-Identifikationsnummer: *DE53ZZZ00000951167*

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_ (Kundennummer)

## SEPA-Basislastschrift - Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige / wir ermächtigen die Firma Steinbach Bauzentrum GmbH & Co.KG Zahlungen von meinem / unserem Konto für Baustofflieferungen und Dienstleistungen mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von der Firma Steinbach Bauzentrum auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende oder Feiertag verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den 1. folgenden Werktag.

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.

\_\_\_\_\_  
(Name des Zahlungspflichtigen)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land des Zahlungspflichtigen)

\_\_\_\_\_  
(Name der Bank des Zahlungspflichtigen)

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
(Internationale Bankleitzahl BIC des Zahlungsdienstleisters des Zahlungspflichtigen)

DE \_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
(Internationale Bankkontonummer IBAN des Zahlungspflichtigen)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum und Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen)

➤ Formular für den **Zahlungsempfänger**



Gläubiger-Identifikationsnummer: *DE53ZZZ00000951167*

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_ (Kundennummer)

## SEPA-Basislastschrift - Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige / wir ermächtigen die Firma Steinbach Bauzentrum GmbH & Co.KG Zahlungen von meinem / unserem Konto für Baustofflieferungen und Dienstleistungen mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von der Firma Steinbach Bauzentrum auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende oder Feiertag verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den 1. folgenden Werktag.

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.

\_\_\_\_\_  
(Name des Zahlungspflichtigen)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land des Zahlungspflichtigen)

\_\_\_\_\_  
(Name der Bank des Zahlungspflichtigen)

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
(Internationale Bankleitzahl BIC des Zahlungsdienstleisters des Zahlungspflichtigen)

DE \_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
(Internationale Bankkontonummer IBAN des Zahlungspflichtigen)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum und Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen)

➤ Formular für den **Zahlungspflichtigen**