SEPA-Lastschrift-Mandat

Angaben zum Gläubiger

Gläubiger-Identifikationsnummer	
Mandatsreferenz	
Zahlungsart	wiederkehrende Zahlungen

Ich/wir ermächtige/n die BOS-Heil & Co GmbH & Co KG, Rodheimerstr. 11-13, 61191 Rosbach, wiederkehrende Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der BOS-Heil & Co GmbH & Co KG auf mein/unser 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.

Mit diesem Mandat wird für alle aus diesem Mandat generierten Lastschriften zwischen Zahlungsempfänger und Zahler eine Reduzierung der Frist zur Vorankündigung (Pre-Notification) auf 2 Tage vor dem Belastungsdatum vereinbart. Fällt der Termin auf ein Wochenende oder einen Feiertag, wird am ersten darauf folgenden Werktag abgebucht.

Angaben zum Kontoinhaber

Unternehmensname	
Name/Vorname Inhaber/Geschäftsführer	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
Kreditinstitut (Name)	
BIC	
IBAN	

Rechtsverbindliche Unterschrift Kontoinhaber   Datum, Stempel, Unterschrift