

SEPA-Lastschriftmandat

ZUEV

Mandatsreferenznummer

Ich ermächtige die unten genannte Bundeskasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Bundeskasse 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. Ich bin damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs, die grundsätzlich 14-tägige Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung bis auf einen Tag vor Belastung verkürzt werden kann.

Zahlungsempfängerin	S07	Bundeskasse Trier - Dienstsitz Kiel, Kronshagener Weg 105, 24116 Kiel		
		Gläubiger-Identifikationsnummer: DE09ZZZ00000000001		
Zahlungspflichtige/r	S14			
Anschrift				
Zahler/in (bitte <u>nur</u> eintragen, wenn Zahlungs- pflichtige/r nicht identisch mit Kontoinhaber/in ist)	S01	Vorname und Nachname		
	S02	Straße und Hausnummer		
	S03	Postleitzahl	Ort	
	S04	Land		
Kontoverbindung Zahler/in	S05	IBAN (International Bank Account Number)		
	S06	BIC (Business Identifier Code)	Name der Bank	
	S12	<input checked="" type="checkbox"/> 4 - Einmalige Zahlung (B2C)	<input type="checkbox"/> 5 - Mehrmalige Zahlungen (B2C)	
	S13	Ort der Unterschrift	Tag Monat Jahr Datum der Unterschrift	Unterschrift Zahler/in

S16	Bewirtschafternummer	Bitte senden Sie dieses Formular zurück an:	Dieses Feld bitte nicht beschriften (nur für interne Vermerke) Erfassungsdatum: _____ Erfassung durch: _____
-----	----------------------	---	--

Bitte Lastschriftmandat mit Originalunterschrift per Post schicken. E-Mail ist nicht ausreichend.