

Bitte die mit ✕ gekennzeichneten Felder vollständig ausfüllen

Verwaltung Objekt: ✕

.....

SEPA-Lastschriftmandat

✓ Ich/wir ermächtige(n) die WEG ✕ _____ widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir hiermit mein/unser Kreditinstitut an, die von der WEG ✕ _____ auf meinem/unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann ich bei meinem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kundennummer: ✕

Name: ✕

Straße und Hausnummer: ✕

Postleitzahl und Ort: ✕

Bankverbindung: ✕

Name des Kreditinstitutes: ✕

BIC (acht oder elf Stellen): ✕ _____ | _____

IBAN: ✕ DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Kontoinhaber/in (falls abweichend): ✕

.....

✕ _____

Ort, Datum, Unterschrift(en)

Interner Vermerk: Mandats-Nr.