Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Ammerländer Versicherung
Bahnhofstraße 8
26655 Westerstede

Gläubiger-Identifikationsnummer[1] (des Zahlungsempfängers)

DE56ZZZ00000022435

Mandatsreferenz (max. 35 Stellen)

☐ Mandat für einmalige Zahlung

☒ Mandat für wiederkehrende Zahlungen

☐ mtl. ____ % Zuschlag ☐ 1/4 jährl. ____ % Zuschlag

☐ 1/2 jährl. ____ % Zuschlag ☐ jährlich

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Sie, die Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen / weisen wie unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von **acht Wochen**, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Name des Kreditinstituts

BIC[2]

IBAN[3]

D E

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Zahlers / der Zahler

Name und Anschrift des Zahlers / der Zahler

Vers.-Nr.

Raum für sonstige Angaben des Zahlers

[1] Die Gläubiger-Identifikationsnummer für den Zahlungsempfänger wird für in Deutschland Ansässige von der Deutschen Bundesbank vergeben (siehe http://glaeubiger-id.bundesbank.de)
[2] Bank Identifier Code (Bank-Identifizierungs-Code)
[3] International Bank Account Number (Internationale Bankkontonummer)

Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Ammerländer Versicherung
Bahnhofstraße 8
26655 Westerstede

Gläubiger-Identifikationsnummer[1] (des Zahlungsempfängers)

DE56ZZZ00000022435

Mandatsreferenz (max. 35 Stellen)

☐ Mandat für einmalige Zahlung

☒ Mandat für wiederkehrende Zahlungen

☐ mtl. ____ % Zuschlag ☐ 1/4 jährl. ____ % Zuschlag

☐ 1/2 jährl. ____ % Zuschlag ☐ jährlich

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Sie, die Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen / weisen wie unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von **acht Wochen**, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Name des Kreditinstituts

BIC[2]

IBAN[3]

D E

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Zahlers / der Zahler

Name und Anschrift des Zahlers / der Zahler

Vers.-Nr.

Raum für sonstige Angaben des Zahlers

[1] Die Gläubiger-Identifikationsnummer für den Zahlungsempfänger wird für in Deutschland Ansässige von der Deutschen Bundesbank vergeben (siehe http://glaeubiger-id.bundesbank.de)
[2] Bank Identifier Code (Bank-Identifizierungs-Code)
[3] International Bank Account Number (Internationale Bankkontonummer)

Versicherungsnehmer