

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat (SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate)

für SEPA-Firmen-Lastschriftverfahren (for SEPA B2B Direct Debit Scheme)

**H. Ludendorff GmbH
– Buchhaltung –
Bismarckstraße 19
64293 Darmstadt**

Ausfertigung für Ludendorff

Ich/Wir ermächtige(n) die folgenden **Zahlungsempfänger**

H. Ludendorff GmbH

Name des Zahlungsempfängers

Bismarckstr. 19

Straße und Hausnummer

64293 Darmstadt

PLZ Ort

DE90DAR00000710329

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz (Kundennummer)

H. Ludendorff GmbH

Name des Zahlungsempfängers

Lorscher Str. 18

Straße und Hausnummer

68642 Bürstadt

PLZ Ort

DE14BUE00000710339

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz (Kundennummer)

zwingend erforderlich

Bitte ausfüllen

wiederkehrende Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von den oben genannten Zahlungsempfängern auf mein / unser Konto gezogene(n) Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin / Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin / Wir sind berechtigt, mein / unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Kontoinhaber / Zahlungspflichtiger	Kundennummer
------------------------------------	--------------

Straße und Hausnummer	PLZ Ort
-----------------------	---------

Kreditinstitut
IBAN

Ort, Datum	Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)
------------	---

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat (SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate)

für SEPA-Firmen-Lastschriftverfahren (for SEPA B2B Direct Debit Scheme)

**Ausfertigung für die Bank
des Kunden**

Ich/Wir ermächtige(n) die folgenden **Zahlungsempfänger**

H. Ludendorff GmbH

Name des Zahlungsempfängers

Bismarckstr. 19

Straße und Hausnummer

64293 Darmstadt

PLZ Ort

DE90DAR00000710329

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz (Kundennummer)

H. Ludendorff GmbH

Name des Zahlungsempfängers

Lorscher Str. 18

Straße und Hausnummer

68642 Bürstadt

PLZ Ort

DE14BUE00000710339

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz (Kundennummer)

zwingend erforderlich

Bitte ausfüllen

wiederkehrende Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von den oben genannten Zahlungsempfängern auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin / Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin / Wir sind berechtigt, mein / unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Kontoinhaber / Zahlungspflichtiger	Kundennummer
------------------------------------	--------------

Straße und Hausnummer	PLZ Ort
-----------------------	---------

Kreditinstitut

IBAN

Ort, Datum	Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)
------------	---

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat (SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate)

für SEPA-Firmen-Lastschriftverfahren (for SEPA B2B Direct Debit Scheme)

H. Ludendorff GmbH
– **Buchhaltung** –
Bismarckstraße 19
64293 Darmstadt

Ausfertigung für den Kunden

Ich/Wir ermächtige(n) die folgenden **Zahlungsempfänger**

H. Ludendorff GmbH

Name des Zahlungsempfängers

Bismarckstr. 19

Straße und Hausnummer

64293 Darmstadt

PLZ Ort

DE90DAR00000710329

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz (Kundennummer)

H. Ludendorff GmbH

Name des Zahlungsempfängers

Lorscher Str. 18

Straße und Hausnummer

68642 Bürstadt

PLZ Ort

DE14BUE00000710339

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz (Kundennummer)

zwingend erforderlich

Bitte ausfüllen

wiederkehrende Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von den oben genannten Zahlungsempfängern auf mein / unser Konto gezogene(n) Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin / Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin / Wir sind berechtigt, mein / unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Kontoinhaber / Zahlungspflichtiger

Kundennummer

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Kreditinstitut

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)