

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich/wir ermächtige(n) den **Zahlungsempfänger Arzter Dorfladn UG (haftungsbeschränkt), Rechnungen**, die aufgrund des von mir/uns beauftragten **Lieferservices der Arzter Dorfladn UG** anfallen, mittels SEPA-Lastschriftmandat von meinem/unserem Konto einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Arzter Dorfladn UG (haftungsbeschränkt)** gezogene Lastschrift einzulösen.

Der Zahlungsempfänger wird mir/uns die bevorstehende Abbuchung der Lastschrift fristgerecht mit Angabe der Gläubiger-ID-Nummer und der Mandatsreferenznummer schriftlich anzeigen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die Bedingungen meines/unseres Kreditinstituts.

---

Name, Vorname

Geburtsdatum (Kontoinhaber)

---

Anschrift (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

---

**IBAN**

**BIC oder Bankinstitut**

X

X

---

Ort, Datum

Unterschrift

Das SEPA-Basislastschriftmandat ist nur mit Datum und Unterschrift im Original in Papierform gültig.

Gläubigeridentifikationsnummer: **DE69ZZZ00002252813**

Mandatsreferenz: 1000-9999 (vierstellig)