

SEPA-Lastschriftmandat



Deutsche Post 
ANTWORT

SBK
80227 München

Betriebsnummer

Firmenname

Gläubiger-ID **DE 65 ZZZ 000 000 319 73**

Ich ermächtige die SBK, offene Forderungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SBK auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Datum (gültig ab) *

* sofern vorhanden, werden alle bis dahin fälligen Forderungen mit abgebucht

Format TT.MM.JJ

Kontoinhaberin oder Kontoinhaber

Bank

IBAN

BIC

Kontaktperson im Unternehmen

Vorname Nachname

Telefonnummer

Firmenstempel, Unterschrift
Kontoinhaberin oder Kontoinhaber

E-Mail-Adresse

Ort, Datum

SBK-Arbeitgeberfax: 0800 0 725 725 999 8 (gebührenfrei innerhalb Deutschlands)