

SEPA Lastschriftmandat



Zahlungsempfänger

Autoteile Post AG
Fuggerstraße 9-11
41352 Korschenbroich

Telefon: +49 2161 9957-11
kostenfreies Fax: 0800 99957-41

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE37 ZZZO 0000 0709 86**

Mandatsreferenz: ____ ____ ____ ____ ____ **E1** (Kundennummer)

Ich ermächtige die Autoteile Post AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Autoteile Post AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlungen

Vorname, Name des Kontoinhabers

Straße, Hausnummer des Kontoinhabers

PLZ, Wohnort des Kontoinhabers

Name des Kreditinstituts

Anschrift des Kreditinstituts

BIC

DE _____
IBAN | - - - - | - - - - | - - - - | - - - - | - -

Kontonummer

BLZ

Die erste Abbuchung erfolgt innerhalb von 14 Tagen netto nach Rechnungserhalt.

Datum, Ort

Unterschrift