



SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Ratio Treuhandgesellschaft mbH Steuerberatungsgesellschaft

Name

Frankenwall 19 a

Straße und Hausnummer

18439

Stralsund

Deutschland

Postleitzahl

Ort

Land

DE67ZZZ00000145427

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unsere Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlungen | einmalige Zahlungen

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Name

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)*

* Angabe freigestellt, sofern das Konto des Zahlungspflichtigen bei einem Zahlungsdienstleister in der EU/im EWR geführt wird.

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

IBAN des Zahlungspflichtigen (max 34 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Datum

Ort

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Hinweis: Im Rahmen des Auftragsverhältnisses werden die Daten elektronisch gespeichert.
Die vertrauliche Behandlung der Daten wird zugesichert.