

Bitte unbedingt beide Sepa Formulare im Original an uns zurücksenden - Danke!



1. Ausfertigung für hagebauzentrum bolay

---

---

---

---

Kunden-Nummer
---------------

Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) <b>DE61ZZZ00000043782</b>	Mandatsreferenz (Kundennummer)
---	--------------------------------

### Sepa-Firmenlastschrift-Mandat

Ich ermächtige die Firma hagebauzentrum bolay GmbH & Co. KG, Dieselstr. 11, 71277 Rutesheim Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von hagebauzentrum bolay GmbH & Co. KG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name)	
Straße (Straße, Hausnummer)	
PLZ, Ort	
Kreditinstitut	
Bankleitzahl	
Kontonummer	
BIC	
IBAN	

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel



Kopie für Ihre Bank (original unterschrieben an uns)

---



---



---



---

Kunden-Nummer
---------------

Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/ Creditor Identifier) <b>DE61ZZZ00000043782</b>	Mandatsreferenz (Kundennummer)
--	--------------------------------

### Sepa-Firmenlastschrift-Mandat

Ich ermächtige die Firma hagebauzentrum bolay GmbH & Co. KG, Dieselstr. 11, 71277 Rutesheim Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von hagebauzentrum bolay GmbH & Co. KG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name)	
Straße (Straße, Hausnummer)	
PLZ, Ort	
Kreditinstitut	
Bankleitzahl	
Kontonummer	
BIC	
IBAN	

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel