SEPA-Lastschriftmandat

Ich (Wir) ermächtige(n) die Firma Hamburger Versicherungsbüro Otto Bodis, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, der Firma Hamburger Versicherungsbüro Otto Bodis auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.
Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist für die Ankündigung des Lastschrifteinzugs von 14 Kalendertagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügen eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

Zahlungsempfänger

Gläubiger: Firma Hamburger Versicherungsbüro Otto Bodis,
ABC-Str.1, 20354 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE07ZZZ00000455937

Mandatsreferenz: wird gesondert mitgeteilt

Zahlungspflichtiger

Titel: _____

Anrede: _____

Vorname Kontoinhaber: _____

Nachname Kontoinhaber: _____

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ): __ __ . __ __ . __ __ __ __

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____ _____

Land: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

bzw.

Kontonummer: _____

BLZ: _____

Die Firma Hamburger Versicherungsbüro Otto Bodis wird von mir (uns) ermächtigt, dieses SEPA-Lastschriftmandat ggf. um die notwendigen Angaben zu IBAN und/oder BIC zu ergänzen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift(en): _____