

# 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