SEPA-Lastschriftmandat

An (Zahlungsempfänger)

Autoteile Post AG, Fuggerstraße 9-11, 41352 Korschenbroich
Tel.-Nr.: 0049-2161- 995711 / FAX-Nr.:0800-999 57 41

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE37 ZZZ 000 000 70986

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 und Name

_____ __ __ __ __ __ __ __ __ | __ __ __
Mein Kreditinstitut (Name und BIC, acht oder elf Stellen)

DE __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __
Meine IBAN

__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
Meine Kontonummer (max. 10 Stellen) **Bankleitzahl**

Datum, Ort und Unterschrift

Die erste Lastschrift erfolgt

☐ **innerhalb von 8 Tagen mit 2% Skonto**
☐ **oder 14 Tagen netto nach Rechnungsstellung.**