

SEPA LASTSCHRIFTMANDAT

GlasCom Gläubiger-Identifikationsnummer: DE20ZZZ00001818553
 Mandatsnummer wird gesondert übermittelt Auftragsnummer: _____

 Kundennummer

 Name, Vorname

 Anschrift

Ich ermächtige die GlasCom Salzlandkreis GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der GlasCom Salzlandkreis GmbH 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.

 Name, Vorname des Kontoinhabers (falls nicht identisch mit Vertragspartner/in)

 Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend)

 IBAN

 Kreditinstitut

Das Mandat gilt für wiederholte Abbuchungen eine einmalige Abbuchung

und ab dem 01. _ . 201_ / dem 15. _ . 201_

Der Einzug erfolgt jeweils zum 15. jedes Monats.

Das Lastschriftmandat gilt für alle beauftragten GlasCom-Produkte.

X

 Datum, Unterschrift Auftraggeber/in