



## SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

**Ratio Treuhandgesellschaft mbH Steuerberatungsgesellschaft**

Name

**Frankenwall 19 a**

Straße und Hausnummer

**18439**

**Stralsund**

**Deutschland**

Postleitzahl

Ort

Land

**DE67ZZZ00000145427**

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unsere Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Zahlungsart:      wiederkehrende Zahlungen      |      einmalige Zahlungen

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Name

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)\*

\* Angabe freigestellt, sofern das Konto des Zahlungspflichtigen bei einem Zahlungsdienstleister in der EU/im EWR geführt wird.

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

IBAN des Zahlungspflichtigen (max 34 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Datum

Ort

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Hinweis: Im Rahmen des Auftragsverhältnisses werden die Daten elektronisch gespeichert.  
Die vertrauliche Behandlung der Daten wird zugesichert.