

SEPA-Lastschriftmandat

Bitte ausgefüllt und **unterschrieben** senden an: **flatexDEGIRO Bank AG, Postfach 30 17 78, D-10747 Berlin**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE66ZZZ00000011391**

Mandatsreferenz: **Die Mandatsreferenz wird Ihnen separat mitgeteilt**

Zahlungsart: **Wiederkehrende Zahlung**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

flatexDEGIRO Bank AG

Name bzw. Bankname

Omniturm, Große Gallusstr.

Straße / Postfach

16-18

Haus-Nr.

60312

Postleitzahl

Frankfurt am Main

Ort

Name und Anschrift des/der Kontoinhaber(s) / Zahlungspflichtigen

Kundennummer (sofern bekannt)

Name / Firma

Straße

Haus-Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Hiermit ermächtige(n) ich / ermächtigen wir die flatexDEGIRO Bank AG, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen / weisen wir unseren Payment Service Provider an, die von der flatexDEGIRO Bank AG auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Bankverbindung des/der Kontoinhaber(s) / Zahlungspflichtigen

IBAN

BIC

Name des Payment Service Providers

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Payment Service Provider vereinbarten Bedingungen.

X

Ort, Datum

X

Ort, Datum

X

Unterschrift 1. Kontoinhaber/gesetzlicher Vertreter

Bei Firmenkunden: Firmenstempel und Unterschrift des/der Vertretungsberechtigten

X

Unterschrift 2. Kontoinhaber/gesetzlicher Vertreter

Bei Firmenkunden: weitere Unterschriften