

SEPA-Lastschriftmandat
Einfach per Fax an: +49 561 788085-88

CHC IT-Solutions
Friedrich-Ebert-Str. 147
34119 Kassel

Kundendaten:

(Bitte unbedingt vollständig ausfüllen, da sonst keine Bearbeitung erfolgen kann.)

Kundennummer

Firma

Geschäftsführer/Inhaber

Strasse, Nr. (kein Postfach)

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort, Datum

Name der unterzeichnenden Person (Druckbuchstaben)

Unterschrift Geschäftsführer, Prokurist / Firmenstempel

Hiermit ermächtigen wir Sie widerruflich, die von uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Ihnen auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Beginnend mit dem Belastungsdatum kann innerhalb von acht Wochen die Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/-in

IBAN

BIC

Name/Ort des Geldinstituts

Die Mandatsreferenz und die Gläubiger-Identifikationsnummer werden separat mitgeteilt.

Änderungen am Originaldokument sind unzulässig und gelten als nicht geschrieben.