

---

# SEPA-Lastschriftmandat

## Berechtigte Person/Einrichtung

Steuerbüro Frank O. Mantel & Partner

Name / Firma / Person / Institut

Söldenpeterweg 47

Straße, Nr.

94036 Passau

Ort

0851 95803-0

Telefon

Ich ermächtige die oben genannte Person/Einrichtung, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von oben genannter Person/Einrichtung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE06ZZZ00000614162

Mandatsreferenz: Mantel

**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.

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut Name

BIC

DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
IBAN

Ort, Datum

Unterschrift