

Dr. Gerl & Partner mbB
Postfach 21 02 21
80672 München

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE88ZZZ00000514813

Mandatsreferenz: _____

SEPA-Lastschrift-Mandat

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich ermächtige, **Dr. Gerl & Partner mbB**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von **Dr. Gerl & Partner mbB** 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.

Vorname und Nachname des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name des Kreditinstituts

BIC

IBAN: DE __ | __ | __ | __ | __ | __

Mandant wird für

- eine einmalige Zahlung erteilt (z.B. Rechnung Jahresabschluss).
- wiederkehrende Zahlungen erteilt (z.B. laufende Buchhaltungsrechnungen).

Datum, Ort und Unterschrift