

# SEPA-Lastschriftmandat

(SEPA Direct Debit Mandate) für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Handwerkskammer Freiburg  
Bismarckallee 6  
79098 Freiburg im Breisgau

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Zur bankinternen Bearbeitung/for internal use  
Nr./No.

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)DE91ZZZ00002762734 Mandatsreferenz

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

1 Hinweis: Die Angabe des BIC kann bei Zahlungen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums entfallen.

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Formular entweder per E-Mail an:  
finanzen@hwk-freiburg.de

Oder per Post an:  
Handwerkskammer Freiburg  
Bismarckallee 6  
79098 Freiburg



# SEPA-Lastschriftmandat

(SEPA Direct Debit Mandate) für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)		<b>Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments</b>	
		Zur bankinternen Bearbeitung/for internal use	
		Nr./No.	
Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) DE91ZZZ00002762734		Mandatsreferenz	

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)  
[Name des Zahlungsempfängers],  
Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die  
von  
[Name des Zahlungsempfängers]  
auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC <sup>1</sup>	IBAN

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

<sup>1</sup> Hinweis: Die Angabe des BIC kann bei Zahlungen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums entfallen.

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Formular entweder per E-Mail an:  
finanzen@hwk-freiburg.de

Oder per Post an:  
Handwerkskammer Freiburg  
Bismarckallee 6  
79098 Freiburg