

SEPA-Basislastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

CWP Cornils + Walden
Steuerberater in Partnerschaft
Obotritenring 17
19053 Schwerin

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE94ZZZ00000641872

Mandatsreferenz

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung

Name und Adresse des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

IBAN / BIC des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)

Ort / Datum

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)