CARL RiECK
Assecuradeur Hamburg GmbH
Ihr Partner

Sachsenfeld 4
20097 Hamburg
Tel.: 040 / 28 442 - 0
Fax: 040 / 28 442 - 173
E-Mail: info@carl-rieck.de
Web: www.carl-rieck.de

# SEPA-Lastschriftmandat

**Carl Rieck Assecuradeur Hamburg GmbH**
**Sachsenfeld 4**
**20097 Hamburg**

**Carl Rieck Vertragsnummer:**

_____

**Carl Rieck - Kundennummer:**

_____

Ich ermächtige/wir ermächtigen die Firma Carl Rieck Assecuradeur Hamburg GmbH von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift Zahlungen einzuziehen.

☐ ab dieser Fälligkeit

☐ ab nächster Fälligkeit

**Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.**

Zugleich weise ich/weisen wir unseren Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

☐ Frau ☐ Herr ☐ Eheleute ☐ Firma

Ich bin/wir sind Versicherungsnehmer/in ☐ ja ☐ nein

_____

**Vorname, Name**

_____

**Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**IBAN**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**BIC**

_____

**Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin/des Bevollmächtigten**