SEPA-Lastschriftmandat

Carl Rieck Assecuradeur Hamburg GmbH
Stiftstr. 46
20099 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