



SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17ZZZ00000473702

Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die Tralios IT GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Tralios IT GmbH 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 Name (Kontoinhaber): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut (Name und BIC): _____ | _____ | _____

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Vertrag mit:

Vorname und Name (Vertragsinhaber): _____

Ort, Datum

Unterschrift