



SEPA-Lastschriftmandat

| | |
|---|---|
| Einrichtung/Auftraggeber (Kundenanschrift): Ansprechpartner: | E-Mail: Tel.: Fax: HKD-Kundennummer: |
| vollständiger Name (auch für Ansprechpartner) + vollständige Postadresse | |
| nachfolgend Kunde genannt | |

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE19ZZZ00000605683**

Mandatsreferenz **wird separat von der HKD mitgeteilt**

Ich / wir ermächtige(n) die HKD Handelsgesellschaft für Kirche und Diakonie mbH, Zahlungen von unserem/meinem Konto mittels Lastschrift für die mit der HKD geschlossenen Verträge einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der HKD mbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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. Für eine flexible und schnelle Reaktion auf die Kundenwünsche wird die Informationspflicht der HKD vor einer fälligen Zahlung auf drei Tage vor Belastung verkürzt.

Name (und ggf. Vorname) Kontoinhaber

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name des Kreditinstituts

BIC

IBAN

Datum, Ort



Unterschrift/ Stempel

Bitte das ORIGINAL dieses Lastschriftmandats an die HKD zurückschicken!