

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat einer wiederkehrenden Lastschrift

Schmetterling Reisen GmbH & Co.KG,
Hauptstraße 131, D-91286 Geschwand

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE05ZZZ00000021704

Mandatsreferenz:
004

Reisebüro

Inhaber/Geschäftsführer

Straße

Land / PLZ / Ort

Ich ermächtige die Schmetterling Reisen GmbH & Co. KG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Schmetterling Reisen GmbH & Co. KG auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Firmenlastschriften, die auf den Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin berechtigt mein Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer (Kontoinhaber)

Postleitzahl und Ort (Kontoinhaber)

Name und Anschrift des Kreditinstituts

BIC Code

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat einer wiederkehrenden Lastschrift

<p>Schmetterling Reise- und Verkehrs-Logistik GmbH Hauptstraße 131, D-91286 Geschwand</p> <p>Gläubiger-Identifikationsnummer DE21ZZZ00000021707</p>	<p>Mandatsreferenz: 044</p> <p>Reisebüro</p> <p>Inhaber/Geschäftsführer</p> <p>Straße</p> <p>Land / PLZ / Ort</p>
---	---

Ich ermächtige die Schmetterling Reise- und Verkehrs-Logistik GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Schmetterling Reise- und Verkehrs-Logistik GmbH auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Firmenlastschriften, die auf den Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin berechtigt mein Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer (Kontoinhaber)

Postleitzahl und Ort (Kontoinhaber)

Name und Anschrift des Kreditinstituts

BIC Code

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat einer wiederkehrenden Lastschrift

Schmetterling Gruppenreisen GmbH,
Hauptstraße 131, D-91286 Geschwand

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE75ZZZ00000021705

Mandatsreferenz:
400

Reisebüro

Inhaber/Geschäftsführer

Straße

Land / PLZ / Ort

Ich ermächtige die Schmetterling Gruppenreisen GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Schmetterling Gruppenreisen GmbH auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Firmenlastschriften, die auf den Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin berechtigt mein Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer (Kontoinhaber)

Postleitzahl und Ort (Kontoinhaber)

Name und Anschrift des Kreditinstituts

BIC Code

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat einer wiederkehrenden Lastschrift

DEMED Destination Mediterranée
Reiseverwaltungs GmbH
Hauptstraße 131, D-91286 Geschwand

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE48ZZZ00000021706

Mandatsreferenz:
800

Reisebüro

Inhaber/Geschäftsführer

Straße

Land / PLZ / Ort

Ich ermächtige die DEMED Destination Mediterranée Reiseverwaltungs GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DEMED Destination Mediterranée Reiseverwaltungs GmbH auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Firmenlastschriften, die auf den Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin berechtigt mein Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer (Kontoinhaber)

Postleitzahl und Ort (Kontoinhaber)

Name und Anschrift des Kreditinstituts

BIC Code

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers