

SEPA MANDAT

Ich ermächtige die **SAGA Plus GmbH, Am Torhaus 38-42, 66113 Saarbrücken**
(Gläubiger-Identifikationsnummer: DE62ZZZ00002440343) und seinen
Erfüllungsgehilfen, wiederkehrende, fällige Zahlungen von meinem Konto

Mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von **SAGA Plus GmbH, Am Torhaus 38-42, 66113 Saarbrücken** 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
Zahlungen mittels Lastschrift im SEPA Basislastschriftverfahren.

Vorname und Name des Kontoinhabers:

IBAN des Kontos:

BIC:

Hiermit ermächtige ich / wir (Zahlungspflichtiger) die oben genannte Firma, Zahlungen von meinem/
unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/-wir meine/unsere Bank an,
die von der oben genannten Firma auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Art der Zahlung (bitte ankreuzen):

☒ wiederkehrend (z. B. monatlich)

(Bei wiederkehrenden Zahlungen: Betrag/Intervall, soweit bekannt: _____)

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum,
die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.
Bei nicht autorisierten Lastschriften bis zu 13 Monate möglich.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Kontoinhabers: _____

