

**SEPA Lastschrift-Mandat**

Mandatsreferenz:

ZAHLUNGSEMPFÄNGER (Name, Anschrift)

Creditor-ID: AT03ZZZ00000020446



Mahlzeit Vertriebsges.m.b.H  
Melissenweg 34  
4020 Linz  
Tel. 0732-773344 Fax DW 22

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die **MahlzeitVertriebsges.m.b.H**, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von **MahlzeitVertriebsges.m.b.H** auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.  
Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift