|  |
| --- |
| **BAF Bundesverband der Autoschilderfirmen und Fahrzeugdienstleister e. V.** |
| **Fritz-Vomfelde-Str. 34, 40547 Düsseldorf** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gläubiger-Identifikationsnummer | | DE38ZZZ00000493597 | |
| Mandatsreferenz-Nr. |  | | (wird vom BAF eingetragen) |

**SEPA – Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den BAF, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BAF auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Als Frist für die Vorabankündigung vereinbare ich hiermit einen Geschäftstag.

Termin der Lastschrift: 10 Tage nach Rechnungsdatum bzw. am darauf folgenden Bankarbeitstag.

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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname des Zahlungspflichtigen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontoinhaber (Nur ausfüllen, wenn nicht identisch mit dem Zahlungspflichtigen)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Kreditinstitut (Name der Bank) BIC (insgesamt 11 Ziffern und Zeichen)

DE \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

IBAN

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Datum, Ort und Unterschrift  des Kontoinhabers, wenn nicht identisch mit  Zahlungspflichtigen | Datum, Ort und Unterschrift  des Zahlungspflichtigen |