Name : _____ Straße : _____ Ort : _____	Nr./Az. : _____

Markt Hohenwart
Marktplatz 1
86558 Hohenwart

auch per FAX
an 08443 - 6969

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen im SEPA-Lastschriftverfahren

Gläubiger Identifikations-Nr. des Marktes Hohenwart: DE15ZZZ00000050915

Ich ermächtige den Markt Hohenwart Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Markt Hohenwart auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Diese Ermächtigung gilt ab _____ für folgende wiederkehrende Forderungen:

(_____)

Meine Bank

Meine IBAN

Meine BIC

IBAN und BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug oder auf Ihrer Bankkarte.

_____ Datum

_____ Unterschrift