Absender:

ESWE Versorgungs AG
Konradinerallee 25
65189 Wiesbaden

Datum, Name (Zeichen) Sachbearbeiter/in

SEPA Lastschrift-Mandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE73ZZZ00000068204

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die ESWE Versorgungs AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von ESWE Versorgungs AG 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.

Bitte ausfüllen:

Vorname und Name (Kunde)

Vertragskontonummer

Vorname und Name (Kontoinhaber, wenn nicht identisch mit Kunde)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Datum

Unterschrift (Kontoinhaber)

Formular drucken