

Name, Vorname, Adresse:

SEPA-Basislastschrift-Mandat

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE45ZZZ00002281084**

Mandatsreferenz **Wird separat mitgeteilt**

Zahlungsempfänger

**Deutsche Pflege Treuhand
Aktiengesellschaft Steuerberatungsgesellschaft
Europaallee 10
67657 Kaiserslautern**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen Aktiengesellschaft Steuerberatungsgesellschaft Deutsche Pflege Treuhand, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Aktiengesellschaft Steuerberatungsgesellschaft Deutsche Pflege Treuhand auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Wiederkehrende Zahlungen Einmalige Zahlung

Bankverbindung

IBAN	BIC
Kreditinstitut (Bank oder Postgiroamt) und Ort	
Name des abweichenden Kontoinhabers	

Datum, Ort und Unterschrift(en)

Unterschrift(en) - unbedingt erforderlich -