

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die **R-KOM GmbH** Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von R-KOM GmbH auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Hinweis: 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.

Kunde

Kontaktnummer (falls vorhanden)	
Name/Firma	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Kontoinhaber (Zahlungspflichtiger)

falls von Kunde abweichend

Debitornummer (falls vorhanden)	
Name/Firma	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Bankverbindung

Bank	
IBAN	
BIC	
Bankverbindung gültig ab	

Zahlungsempfänger

Firma	R-KOM GmbH
Gläubiger-ID	DE27F1200000078053
Adresse	Kastenmaierstr. 1, 93055 Regensburg

Ort, Datum	Unterschrift/Stempel
------------	----------------------