
Name, Vorname des Kontoinhabers

Postleitzahl

Ort

Straße

Hausnummer

SEPA-Lastschriftmandat * Gläubiger-ID lt. Bundesbank: DE36ZZZ00000524091

Ich ermächtige das Steuerbüro Dr. Barthel bis auf Widerruf, einmalige sowie wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Steuerbüro Dr. Barthel auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Einzug der wiederkehrenden Zahlungen erfolgt jeweils zum 15. eines Monats. Fällt dieser nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauf folgenden Bankarbeitstag. Der Einzugstermin einmaliger Zahlungen ist auf der jeweiligen Rechnung vermerkt. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Hinweis: Die Erstattung des Betrages kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, vom Kontoinhaber verlangt werden.

Name Kreditinstitut

BIC

DE

IBAN

Datum

Unterschrift
