**SEPA-Lastschriftmandat**

OverNight Service GmbH **1**.**Ausfertigung für den Zahlungsempfänger**

Pinkertweg 49

22113 Hamburg

**Gläubiger-Identifikationsnummer**

**DE82ZZZ00000120519**

**Mandatsreferenz**

**Ihre Debitorennummer (wird auf unseren Rechnungen angegeben)**

[ ]  einmalige Zahlung [x]  wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die OverNight Service GmbH Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser unten genanntes Kreditinstitut an, die von der OverNight Service GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Name des Zahlungspflichtigen**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen**

Straße/Hausnummer

Postleitzahl und Ort Land

**Abweichender Kontoinhaber** (durch Kontoinhaber auszufüllen)

Bitte füllen Sie die folgenden Felder **nur** aus, sofern der Kontoinhaber **nicht** der Vertragspartner ist.

Dieses SEPA Lastschriftmandat gilt für den Vertrag mit:

Name des abweichenden Kontoinhabers:

**Anschrift des abweichenden Kontoinhabers**

Straße/Hausnummer

Postleitzahl und Ort Land

**Kreditinstitut und Konto**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)**

**BIC (8 oder 11 Stellen)**

**Ort** **Datum**

**Unterschrift(en) Zahlungspflichtiger/Kontoinhaber bzw. Vertretungsberechtigte(r)**

**SEPA-Lastschriftmandat**

OverNight Service GmbH **2.Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen**

Pinkertweg 49

22113 Hamburg

**Gläubiger-Identifikationsnummer**

**DE82ZZZ00000120519**

**Mandatsreferenz**

**Ihre Debitorennummer (wird auf unseren Rechnungen angegeben)**

[ ]  einmalige Zahlung/One-off payment [x]  wiederkehrende Zahlung/recurrent payment

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die OverNight Service GmbH Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser unten genanntes Kreditinstitut an, die von der OverNight Service GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Name des Zahlungspflichtigen**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen**

Straße/Hausnummer

Postleitzahl und Ort Land

**Abweichender Kontoinhaber** (durch Kontoinhaber auszufüllen)

Bitte füllen Sie die folgenden Felder **nur** aus, sofern der Kontoinhaber **nicht** der Vertragspartner ist.

Dieses SEPA Lastschriftmandat gilt für den Vertrag mit:

Name des abweichenden Kontoinhabers:

**Anschrift des abweichenden Kontoinhabers**

Straße/Hausnummer

Postleitzahl und Ort Land

**Kreditinstitut und Konto**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)**

**BIC (8 oder 11 Stellen)**

**Ort** **Datum**

**Unterschrift(en) Zahlungspflichtiger/Kontoinhaber bzw. Vertretungsberechtigte(r)**