



SEPA-Lastschriftmandat

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Bitte tragen Sie hier das Verweiszeichen zum Vorgang ein.

Terminal-ID / Kundennummer:

Bearbeitungsnummer:

Handelsname: _____

Vor- und Nachname (Kontoinhaber): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut (Name und BIC): _____

IBAN: D E

Gläubiger-Identifikationsnummer: GB6ZZZSDDDELT00000000217756

Mandatsreferenz:*

www.routledge.com

Ich ermächtige die Elavon Financial Services Designated Activity Company, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Elavon Financial Services Designated Activity Company 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.

Kontaktperson: _____

Kontakt-Telefonnummer: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich seitens des Unternehmens unterschriftsberechtigt bin in Bezug auf diese Anfrage.

Datum, Ort und Unterschrift einer autorisierten Person: _____

Name in Druckschrift: _____

Position im Unternehmen (muss eine der folgenden sein: Direktor, Geschäftsführer, Eigentümer, Prokurist): _____

Rückantwort bitte an: Elavon

Postfach 710 247

© ISE Frankfurt

For all your needs, call us at 800-555-1234 or visit our website at www.yourcompany.com.

- * Die individuelle Mandatsreferenz wird nach Erhalt Ihres Lastschriftmandats von Elavon erstellt und auf den folgenden Abrechnungen mitgeteilt.