Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

SEPA-Lastschriftmandat

9

Vertragsnummer (falls bekannt)

Antwort

willy.tel Service-Center
Lesserstraße 73
22049 Hamburg

Bitte ausfüllen, unterschreiben und im Original (farbige Seite) zurücksenden

Rückgabe nicht per Fax oder E-Mail möglich, da zur Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben das Original-Formular benötigt wird.

Kontoinhaber

Ich ermächtige die willy.tel GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der willy.tel GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gültig ab: T T M M J J J J

Nachname, Vorname: ◯ Herr ◯ Frau

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl: Ort:

Rufnummer/Mobil:

E-Mail:

D E

IBAN

BIC

Ort, Datum

X

Unterschrift des Kontoinhabers

Hinweis: Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vertragspartner und Objektstandort (falls vom Kontoinhaber abweichend)

Vertragspartner:
(Nachname, Vorname)

Objektstandort:
(Straße, Hausnummer)

Objektstandort:
(Postleitzahl, Ort)

Stand: Mai 2020