Lastschriftmandat Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger / Gläubiger: Name: Kollegiatstift zu den heiligen Joha Straße und Hausnummer: Postleitzahl und Ort: Land: Gläubiger-Identifikationsnummer:	Kollegiatstift St. Johann nn Baptist und Johann Evangelist zu Regensburg Viereimergasse 1 93047 Regensburg Deutschland DE22ZZZ00002444943
Mandatsreferenz	wird separat mitgeteilt
	genannten Zahlungsempfänger, die von mir / uns zu h Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.
Zahlungen von meinem / unserem Konto r mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, o mein / unser Konto gezogene Lastschriften	
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.	
Zahlungspflichtiger / Kontoinhaber:	
Name:	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 S	Stellen):
D E	
Name des Kreditinstitutes:	
Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für:	
Gültig ab:	
Mieternummer:	
Mieteinheit:	
Nutzungsart: z.B. Wol	hnung / Garage / Stellplatz
	e ich vorstehende Angaben freiwillig. Die Überweisungsträger / ndes und werden an das oben angegebene Geldinstitut weitergegeber
	
Ort Datum Lint	terschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)