



Gläubiger-Identifikationsnummer: DE26ZZZ00002000902

Mandatsreferenz: _____
(wird von MeinBioKorb ausgefüllt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige MeinBioKorb Denise Scharf und Kerstin Scharf-Goldammer GbR, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von MeinBioKorb Denise Scharf und Kerstin Scharf-Goldammer GbR 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.

Kundennummer (falls vorhanden)

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift des Zahlungspflichtigen