SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger
Waldenburger Versicherung AG
Max-Eyth-Str. 1
74638 Waldenburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE29WV100000031942

Kunden-Nr. P - -

Kontoinhaber

Name, Vorname, Firma

Straße und Hausnummer

PLZ, Ort

Kontoverbindung

IBAN

BIC

Ich ermächtige die Waldenburger Versicherung AG, Zahlungen - auch wiederkehrende – von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Diese Ermächtigung gilt für alle bestehenden und zukünftigen Verträge mit der Waldenburger Versicherung AG, bei denen ich einen Lastschrifteinzug vom oben genannten Konto wünsche.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Waldenburger Versicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum, Ort

Unterschrift des Kontoinhabers