

AM PFEILSHOF 9A
22393 HAMBURG
DEUTSCHLAND

FON +49 40 64 08 75 10
FAX +49 40 64 08 75 199
WEB WWW.PHACOTEC.DE
MAIL INFO@PHACOTEC.DE

PHACOTEC GMBH • AM PFEILSHOF 9A • 22393 HAMBURG • DEUTSCHLAND

PHACOTEC Produkt-Service GmbH
Buchhaltung
Am Pfeilshof 9A
22393 Hamburg
Deutschland

SEPA

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

D	E	4	8	Z	Z	Z	0	0	0	0	0	5	9	9	7	2	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

Wiederkehrende Zahlung /
recurrent payment

Einmalige Zahlung /
one-off payment

						0	0	1
--	--	--	--	--	--	---	---	---

Eindeutige Mandatsreferenz – Ihre fünfstelligen Kundennummer zzgl. dreistelligem Zähler (z.B. 50000 001) / unique mandate reference – your customer-number (5 digits) plus a counter (3 digit), e.g. 50000 001.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zahlungspflichtiger / debtor name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zahlungspflichtiger Strasse und Hausnummer / debtor street and number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zahlungspflichtiger PLZ und Ort / debtor postal code and city

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zahlungspflichtiger Land / debtor country

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zahlungspflichtiger IBAN / debtor IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zahlungspflichtiger SWIFT BIC / debtor SWIFT BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Diese SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit / this mandate is valid for the agreement with

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) PHACOTEC Produkt-Service GmbH, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von PHACOTEC Produkt-Service GmbH auf mein (unsere) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

By signing this mandate form, I (we) authorise PHACOTEC Produkt-Service GmbH to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor PHACOTEC Produkt-Service GmbH.

Note: I can (we can), within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Ort / location

Datum / date

Unterschrift(en) / signature(s)