

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Die Kooperative eG
Offenbacher Landstraße 384
60599 Frankfurt

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE23ZZZ00002143643
Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer)

SEPA-Lastschriftmandat	[Name des Zahlungsempfängers] Die Kooperative eG
------------------------	--

Ich/Wir ermächtige(n) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name)	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kreditinstitut	BIC
IBAN	

Ort, Datum	Unterschrift(en)
------------	------------------

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Die Kooperative eG
Offenbacher Landstraße 384
60599 Frankfurt am Main

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE23ZZZ00002143643

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer)

SEPA-Lastschriftmandat

[Name des Zahlungsempfängers]

Ich/Wir ermächtige(n)

Die Kooperative eG

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom

Zahlungsempfänger (siehe oben)

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift(en)