

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Rackhansa GmbH**

Gewerbehofstr. 9  
45145 Essen

Germany

**Wiederkehrende Zahlungen**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

**DE11ZZZ00001477469**

[Mandatsreferenz]

**RH2967**

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die Rackhansa GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Rackhansa GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name,

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

Kreditinstitut

IBAN

**DE** \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_

BIC

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Rackhansa GmbH**

Gewerbehofstr. 9  
45145 Essen

Germany

**Wiederkehrende Zahlungen**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

**DE11ZZZ00001477469**

[Mandatsreferenz]

**RH2967**

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die Rackhansa GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Rackhansa GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name,

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

Kreditinstitut

IBAN

**DE** \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_

BIC

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)