

# SEPA-Basis-Lastschriftmandat



rockenstein AG  
Schleehofstraße 16  
97209 Veitshöchheim  
Tel.: +49 931 299 34-81  
Fax: +49 931 299 34-99  
info@rockenstein.de  
www.rockenstein.de

Wir/Ich ermächtige/n die unten genannte Zahlungsempfängerin Zahlungen von unserem/meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Zahlungsempfängerin auf unser/mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Wir/Ich können/kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem/meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Wir sind / Ich bin damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs, die grundsätzliche 14-tägige Frist für die Information von Einzug der Lastschrift (Pre-Notification) einer fälligen Zahlung bis auf zwei Tage vor Belastung verkürzt werden kann. Mir/uns ist bekannt, dass 10,- EUR für jede fehlgeschlagene Belastung meines/unseres Bankkontos von der rockenstein AG berechnet werden, wenn ich/wir dies zu verantworten habe(n).

<b>Zahlungspflichtige/r:</b>
Name/Firmenname, zugleich Kontoinhaber, <b>falls abweichend bitte angeben!</b>
Straße:
PLZ / Ort
IBAN
BIC / Bankname

<b>MD-REF</b> Mandatsreferenz (MD-REF) Wird von rockenstein AG ausgefüllt
<b>Zahlungsempfängerin:</b>
Name: <b>rockenstein AG</b>
Gläubiger-Identifikationsnummer: <b>DE12RAG00000203550</b>
Straße, Land-PLZ Ort: <b>Schleehofstraße 16, D-97209 Veitshöchheim</b>

Ort, Datum

Unterschrift, Firmenstempel:

Zurück an:  
**rockenstein AG**  
**-SEPA-**  
**Schleehofstraße 16**  
**97209 Veitshöchheim**

Bitte geben Sie Ihren Namen auch in Druckbuchstaben an!