

Gläubiger-Identifikationsnummer :  
Mandantenreferenz Raum Nr . :

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige Marion und Falkner Lohmann, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift zum Anfang des Monats ab Einzug einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Marion und Falkner Lohmann auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort,  
Unterschrift