



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

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)  
 Raiffeisenbank Voreifel eG  
 Hauptstraße 36 - 46  
 53359 Rheinbach  
 Bundesrepublik Deutschland

**Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments**

Hinweis zur Mandatsreferenz:  
 Je nach Geschäftsart wird das "Y" durch folgende Nummern ersetzt:  
 KK = 7 Spar = 3 Darl. = 9  
 FG = 3 Avale = 9 Gsch = 8  
 X = Kontonummer (zehnstellig)

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

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

(Name des Zahlungsempfängers)

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

(Name des Zahlungsempfängers)

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 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
------------	--------------

\*Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.



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

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)  
Raiffeisenbank Voreifel eG  
Hauptstraße 36 - 46  
53359 Rheinbach  
Bundesrepublik Deutschland

**Wiederkehrende Zahlungen/Recuttent Payments**

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

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

(Name des Zahlungsempfängers)

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

(Name des Zahlungsempfängers)

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 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
------------	--------------

\*Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.