

## Erteilung eines Lastschriftmandates

### für wiederkehrende Aufträge

Ich ermächtige die Gesellschaft, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.  
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Versicherer auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

#### Zahlungspflichtige/r:

Firmenname,  
ggf. Vorname, Name

Straße, Hausnr.

PLZ

Ort

#### Zahlungsempfänger:

ConceptIF Pro GmbH  
Barmbeker Straße 6a  
22303 Hamburg

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**  
**DE51CPR0000441468**

Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen zu einem späteren Zeitpunkt mitgeteilt.

#### Kontoinhaber/in:

Firmenname,  
ggf. Vorname, Name

Kreditinstitut

BIC

IBAN

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

**Das Lastschriftmandat ist für folgenden Vertrag gültig:**

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers