




**Kundennummer**

**SEPA Lastschriftmandat:**

Gläubiger- Identifikationsnummer: DE47ZZZ00000253457  
 Mandatsreferenz: Wird Ihnen in einem separaten Schreiben mitgeteilt

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die GAS IN GmbH Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der GAS IN GmbH auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.  
 Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Dieses Mandat ist gültig für den Vertrag mit der GAS IN GmbH, welcher unter der oben angegebenen Kundennummer geführt wird.

Name (Kontoinhaber)		Straße und Hausnummer (Kontoinhaber)		Postleitzahl und Ort (Kontoinhaber)	
Kreditinstitut Name		Kreditinstitut BIC		DE <input type="text"/>	
Ort, Datum		 Unterschrift <u>Kontoinhaber</u>			

BITTE SENDEN SIE UNS DIESES FORMULAR PER POST

**Wenn Sie Fragen haben , dann rufen Sie uns gerne an unter: 0431 800 868 - 200**