

SEPA-Lastschriftmandat für die AXA Bank AG

Ich (Wir) ermächtige(n) die AXA Bank AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die von der AXA Bank AG auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

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.

Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist für die zur Ankündigung des Lastschritfeinzugs von vierzehn Kalendertagen auf einen Kalendertag vor Fälligkeit der Lastschriftzahlungen verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügen eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschritfeinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

Zahlungsempfänger

Gläubiger AXA Bank AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln
Gläubiger-Identifikationsnummer DE 62AXA00000010202
Mandatsreferenz wird noch mitgeteilt

Zahlungspflichtiger

Kontoinhaber 1

Anrede _____
Vorname _____
Nachname _____
Geburtsdatum _____
Straße, Hausnummer _____
PLZ, Ort _____

Kontoinhaber 2

Anrede _____
Vorname _____
Nachname _____
Geburtsdatum _____

Bankverbindung

Kreditinstitut (Name) _____
IBAN _____
BIC _____
oder
Kontonummer _____
BLZ _____

Die AXA Bank AG wird von mir (uns) ermächtigt, dieses SEPA-Lastschriftmandat ggf. um die notwendigen Angaben zu BIC und/oder IBAN zu ergänzen.

Ort, Datum, Unterschrift(en) _____
Kontoinhaber 1 _____ Kontoinhaber 2 _____

