

Vorname, Name/Firma (Kontoinhaber) _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

SEPA-Basislastschrift-Mandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE71ZZZ00000142639

Mandatsreferenz Wird separat mitgeteilt

Zahlungsempfänger

acontax Steuerberatungsgesellschaft mbH

An der B5 10a

25842 Langenhorn

Ich ermächtige/Wir ermächtigen acontax Steuerberatungsgesellschaft mbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von acontax Steuerberatungsgesellschaft mbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Wiederkehrende Zahlungen Einmalige Zahlung

Bankverbindung

IBAN	BIC
Kreditinstitut (Bank oder Postgiroamt) und Ort	
Name des abweichenden Kontoinhabers	

Datum, Ort und Unterschrift(en)

Unterschrift(en) - unbedingt erforderlich -