

# Einzugsermächtigung

## SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

**D E 4 5 Z Z Z 0 0 0 0 1 0 8 5 2 6 8**

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

Wiederkehrende Zahlung / recurrent payment

Einmalige Zahlung / one-off payment

**Für die erstmalige sowie einmalige Zahlung berechnen wir eine Zusatzgebühr von 10,- €, für jede weitere Zahlung 3,- €. / For the first payment and also single payment we will charge an additional fee of 10, - €, for any further payment 3,- €.**

Einziges Mandatsreferenz - Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt / unique mandate reference - to be completed by the creditor

Einziges Mandatsreferenz - Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt / unique mandate reference - to be completed by the creditor

Zahlungspflichtiger / debtor name

Zahlungspflichtiger Strasse und Hausnummer / debtor street and number

Zahlungspflichtiger PLZ und Ort / debtor postal code and city

Zahlungspflichtiger Land / debtor country

Zahlungspflichtiger IBAN / debtor IBAN

Zahlungspflichtiger SWIFT BIC / debtor SWIFT BIC

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit / this mandate is valid for the agreement with

E-Mail (Sie erhalten eine Nachricht mit dem Datum der Lastschrift / You will receive a message with the date of direct debit)

**Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die PRO-VISA GmbH, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der PRO-VISA GmbH auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.**

**By signing this mandate form, I (we) authorise PRO-VISA GmbH to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor .**

**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.**

**Note: I can (we can), within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.**

Ort / location

Datum / date

Unterschrift(en)\* / signature(s)\*

**\*Wir benötigen dieses Dokument mit originaler Unterschrift. / We need this document with original signature.**

**PRO-VISA GmbH • www.pro-visa.de**

**Büro Berlin:**

Kochhannstr. 6  
10249 Berlin  
Tel.: 030-338 4438-0  
Fax.: 030-338 4438-99  
berlin@pro-visa.de

**Büro Frankfurt:**

Ferdinand-Scholling-Ring 62  
65934 Frankfurt/Main  
Tel.: 069-138 25 200  
Fax.: 069-138 25 199  
frankfurt@pro-visa.de

**Büro Bonn:**

Im Frankenkeller 14  
53179 Bonn  
Tel.: 0163 - 66 333 02  
Fax.: 0228 - 929 89 662  
bonn@pro-visa.de