

SEPA-Basis-Lastschriftmandat



Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

STARFACE GmbH
Adlerstr. 61
76137 Karlsruhe

- Einmalige Zahlung
- Wiederkehrende Zahlung

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE89ZZZ00000783485

[Mandatsreferenz intern]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

STARFACE GmbH

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

STARFACE 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

¹ Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Meine STARFACE Kundennummer

D

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger

STARFACE GmbH
Adlerstr.61
76137 Karlsruhe
Amtsgericht Mannheim
HRB 110990

Tel.: +49 (0) 721 / 151 042 – 0
Fax.: +49 (0) 721 / 151 042 – 99
E-Mail: connect@starface.com
Web: www.starface.com
USt-ID: DE243439720
WEEE-Reg.-Nr. DE 73558235

Geschäftsführung:
Florian Buzin
Jürgen Signer
Thomas Weiss

Bank: Sparkasse Karlsruhe
BLZ: 660 501 01
Konto: 108 015 108
IBAN: DE05 6605 0101 01 08 0151 08
BIC: KARSDE66XXX

SEPA-Basis-Lastschriftmandat



Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

STARFACE GmbH
Adlerstr. 61
76137 Karlsruhe

- Einmalige Zahlung
- Wiederkehrende Zahlung

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE89ZZZ00000783485

[Mandatsreferenz intern]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

STARFACE GmbH

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

STARFACE 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

¹ Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Meine STARFACE Kundennummer

D

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen

STARFACE GmbH
Adlerstr.61
76137 Karlsruhe
Amtsgericht Mannheim
HRB 110990

Tel.: +49 (0) 721 / 151 042 – 0
Fax.: +49 (0) 721 / 151 042 – 99
E-Mail: connect@starface.com
Web: www.starface.com
USt-ID: DE243439720
WEEE-Reg.-Nr. DE 73558235

Geschäftsführung:
Florian Buzin
Jürgen Signer
Thomas Weiss

Bank: Sparkasse Karlsruhe
BLZ: 660 501 01
Konto: 108 015 108
IBAN: DE05 6605 0101 01 08 0151 08
BIC: KARSDE66XXX