

# Volksbank Lübeck eG

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

## Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Verkehrsgesellschaft  
Südholstein mbH**  
Schmiedekoppel 4, 23847 Kastort  
Tel. 04501 - 82030 / Fax 04501 - 82035

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) <b>DE 86 222 0000 253 54 56</b>	Mandatsreferenz
---	-----------------

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]  
**Verkehrsgesellschaft Südholstein mbH**

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

[Name des Zahlungsempfängers]  
**S.O.**

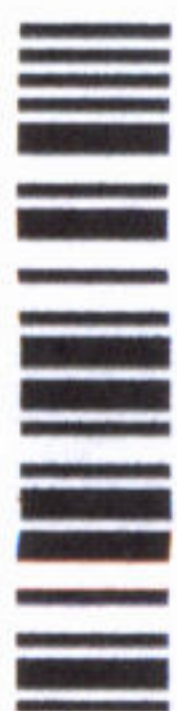
auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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 (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC <sup>1</sup>	IBAN DE

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.



# Volksbank Lübeck eG

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

## Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Verkehrsgesellschaft  
Südholstein mbH  
Schmiedekoppel 4, 23847 Kastorf  
Tel. 04501 - 82030 / Fax 04501 - 82035.**

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) <b>DE 86 222 0000 2535 456</b>	Mandatsreferenz
--	-----------------

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]  
**Verkehrsgesellschaft Südholstein mbH**

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

[Name des Zahlungsempfängers]  
**S.O.**

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 (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC <sup>1</sup>	IBAN DE

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.