

BANKEINZUGSFORMULAR

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

ACV GmbH
Straßburger Allee 10-12
D-41812 Erkelenz

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI / Creditor Identifier)

DE 79ZZZ00000224848

(Kundennummer)

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige / wir ermächtigen die

ACV GmbH · Straßburger Allee 10-12 · D-41812 Erkelenz

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

ACV GmbH · Straßburger Allee 10-12 · D-41812 Erkelenz

auf mein / unser Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

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.

(Name des Zahlungspflichtigen)

(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land des Zahlungspflichtigen)

(Name des Zahlungsdienstleisters des Zahlungspflichtigen)

(Internationale Bankleitzahl BIC des Zahlungsdienstleisters des Zahlungspflichtigen)

(Internationale Bankkontonummer IBAN des Zahlungspflichtigen)

(Ust-IdNr.)

(Ort, Datum und Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen)