

---

## SEPA-Basislastschriftmandat

### Zahlungsempfänger

KGS Steuerberater  
Partnerschaftsgesellschaft mbB  
Obere Marktstraße 13-15  
63110 Rodgau

Ich ermächtige / wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften 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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE53ZZZ00000531836

Mandatsreferenz: -----

### Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

### Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
BIC

DE															
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LKZ PrüfZ

\_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift