SEPA-Lastschriftmand	dat	
Vertragsnummer:	Mitgliedsnummer:	
Mandatsreferenz Nr.:		
	(wird vom Unternehmen ausgefüllt)	
Gläubiger-ID: DE52ZZZ(00000254337	
1. Name:	Vorname:	
2. Name:	Vorname:	
Straße:	PLZ/Ort:	
Zahlungsempfänger: Neue GeWoGe Wohnu Rübekamp 2 25421 Pinneberg	ung sbaugenos senschafte G	
	mächtigen) den o.g. Zahlungsempfänger, Zahlungen wegen Mie bei Fälligkeit, von meinem (unserem) Konto mittels SEPA- iehen.	te-
_	in (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von o.g. uf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.	
Belastungsdatum, die	r können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei di n) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	e
Einen eventuell bestel	henden Dauerauftrag habe(n) ich/wir widerrufen.	
Kontoinhaber:		
	(Name/n und Vorname/n)	
Adresse:	(bei abweichendem Kontoinhaber)	
	(bei abweichendem Kontoinnaber)	
Kreditinstitut:	(Bank, Sparkasse, Postgiro)	
Konto-Nummer:	Bankleitzahl:	
IBAN: DE	BIC :	_
Zur Erleichterung des Zahl	en Monat:ungsverkehrs wird die grundsätzlich vierzehntägige Frist für die Information vol Ing auf bis zu einen Tag vor Belastung verkürzt.	r
. (den	
(Ort)	den (Unterschrift(en) des /der Kontoinhaber(s)	