

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

Zur bankinternen Bearbeitung/for internal use  
Nr./No.

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)**

EXPA e.V. c/o Fokus  
Travemünder Str. 3  
28219 Bremen

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)  
DE43ZZZ00002605197

Mandatsreferenz

**SEPA-Lastschriftmandat**

**Ich/Wir ermächtige(n)**

[Name des Zahlungsempfängers]

EXPA e.V.

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

[Name des Zahlungsempfängers]

EXPA e.V.

**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

BIC<sup>1</sup>

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

<sup>1</sup> Hinweis: Die Angabe des BIC kann bei Zahlungen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums entfallen.

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

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)**

EXPA e.V. c/o Fokus  
Travemünder Str. 3  
28219 Bremen

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)  
DE43ZZZ00002605197

Mandatsreferenz

**SEPA-Lastschriftmandat**

**Ich/Wir ermächtige(n)**

[Name des Zahlungsempfängers]

EXPA e.V.

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

[Name des Zahlungsempfängers]

EXPA e.V.

**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

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

<sup>1</sup> Hinweis: Die Angabe des BIC kann bei Zahlungen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums entfallen.