

AMERICAN EXPRESS – SEPA-FIRMENLASTSCHRIFT-MANDAT (BIP / 03.2019)

Bitte füllen Sie das vorliegende Formular, zum Beispiel bei Änderung Ihrer Bankverbindung, **vollständig** aus. Sie können dies bequem direkt im PDF am Bildschirm tun. Bitte unterschreiben Sie das ausgedruckte Formular und senden Sie es an Ihren zuständigen Kundenbetreuer.

Sofern das Lastschriftmandat nur für die Bezahlung von Belastungen aus Kreditkartentransaktionen mit bestimmten Kreditkarten/-konten gelten soll, geben Sie diese Kreditkartennummern bitte unter „3. Umfang des Lastschriftmandats“ an. Andernfalls gilt dieses Lastschriftmandat für alle Belastungen aus Transaktionen, die mit sämtlichen unter Ihrer Firmenkundennummer herausgegebenen Kreditkarten/-konten getätigt wurden.

1. Lastschriftgläubiger

American Express Europe S.A. (Germany branch)
Gläubiger Identifikationsnummer (DE19ZZZ00000437097)
Mandatsreferenz **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

2. Angaben zum Unternehmen (lt. Handelsregister)

Unternehmen/Gesellschaft und Rechtsform

Fortsetzung Unternehmen/Gesellschaft und Rechtsform

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat

Wir ermächtigen American Express Europe S.A. (Germany branch) („American Express“), Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von American Express auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Wir sind berechtigt, unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Name des Kreditinstituts

Sitz des Kreditinstituts

BIC (8 oder 11 Stellen)

IBAN (22 Stellen)

Bitte diese Bankverbindung übernehmen

ab sofort ab dem _____ TT/MM/JJJJ

Name des Zeichnungsberechtigten/Bankkontobevollmächtigten in Druckschrift

Vorname des Zeichnungsberechtigten/Bankkontobevollmächtigten in Druckschrift

Ort

Datum (TT/MM/JJ)

X

Rechtsverbindliche Unterschrift bzw. Unterschrift des Bankkontobevollmächtigten

3. Umfang des Lastschriftmandats

Änderung gilt für die folgende Firmenkundennummer

Dieses Lastschriftmandat gilt für alle Belastungen aus Transaktionen, die mit sämtlichen unter dieser Firmenkundennummer herausgegebenen Kreditkarten/-konten getätigt wurden.

Ihre Firmenkundennummer

Änderung gilt für die folgenden Kartennummern/Konten

Dieses Lastschriftmandat gilt **nur** für die Bezahlung von Belastungen aus Kreditkartentransaktionen, die mit folgenden Kreditkarten/-konten vorgenommen wurden.

Kartennummer/Konto

Kartennummer/Konto

Kartennummer/Konto

Kartennummer/Konto

Kartennummer/Konto

Kartennummer/Konto

Kartennummer/Konto

Kartennummer/Konto

Kartennummer/Konto

Kartennummer/Konto

Dokument für Ihre Bank – nicht an American Express senden.

Bitte verwenden Sie diese Seite des Formulars **im Original** zur Registrierung bei Ihrer Bank **nach** Erhalt der Mandatsreferenz-Nummer von American Express.

Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen per Brief von American Express nach Aufsetzen der Lastschrift zugestellt. Bitte leiten Sie beide Informationen an Ihre Bank weiter.

1. Lastschriftgläubiger

American Express Europe S.A. (Germany branch)
 Gläubiger-Identifikationsnummer: DE19ZZZ00000437097
 Mandatsreferenz **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

2. Angaben zum Unternehmen (lt. Handelsregister)

 Unternehmen / Gesellschaft und Rechtsform

 Fortsetzung Unternehmen / Gesellschaft und Rechtsform

 Straße und Hausnummer

 PLZ

 Ort

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat

Wir ermächtigen American Express Europe S.A. (Germany branch) („American Express“), Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von American Express auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Wir sind berechtigt, unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

 Name des Kreditinstituts

 Sitz des Kreditinstituts

 BIC (8 oder 11 Stellen)

 IBAN (22 Stellen)

 Name des Zeichnungsberechtigten / Bankkontobevollmächtigten in Druckschrift

 Vorname des Zeichnungsberechtigten / Bankkontobevollmächtigten in Druckschrift

 Ort

 Datum (TT/MM/JJ)

X

Rechtsverbindliche Unterschrift bzw. Unterschrift des Bankkontobevollmächtigten (Firmenstempel, optional)