

SEPA Lastschriftkombimandat**Medical-Praxisbedarf GmbH**

Medical-Praxisbedarf GmbH, Bahnhofstr. 16, 74072 Heilbronn

Tel: 07131/280730 Fax: 07131/280644 Email: info@medical-praxisbedarf.de

Website: praxis-shop-24.de

Gläubigeridentifikationsnummer: DE 20ZZZ00001011707

Mandatsreferenz: (Ihre Kundennummer)

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Kundennummer: _____

Vorname/Nachname _____

Straße/Hausnummer _____

PLZ/Ort _____

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige Medical-Praxisbedarf GmbH widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige Medical-Praxisbedarf GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Medical-Praxisbedarf GmbH auf meinem Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut: _____

Kontonummer: _____

Banleitzahl: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Datum/Unterschrift

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich Medical-Praxisbedarf GmbH über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren. (siehe Datum der Rechnung)