

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

insel-gesundheitszentrum Stefan Besser
Steinlestrasse 12 / 89250 Senden / Deutschland

D E 2 3 2 2 2 5 2 3 4

Ust-IDNr

D E 5 5 Z Z Z 0 0 0 0 0 2 7 6 1 0 8

Glaubigeridentifikationsnummer

Zahlungsart: einmalig

insel-gesundheitszentrum Stefan Besser
Steinlestrasse 12
89250 Senden
Deutschland

Eindeutige Mandatsreferenz – Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt

Eindeutige Mandatsreferenz – Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt

Name, Vorname des zahlungspflichtigen Kontoinhabers

Name, Vorname des zahlungspflichtigen Kontoinhabers

Strasse, Hausnummer des zahlungspflichtigen Kontoinhabers

Strasse, Hausnummer des zahlungspflichtigen Kontoinhabers

PLZ und Ort - Anschrift des zahlungspflichtigen Kontoinhabers

PLZ und Ort - Anschrift des zahlungspflichtigen Kontoinhabers

D E U T S C H L A N D

Land des zahlungspflichtigen Kontoinhabers

D E

IBAN der zahlungspflichtigen Person

BIC der zahlungspflichtigen Person

BIC der zahlungspflichtigen Person

Bitte ankreuzen

Heilmittelzuzahlung

Gutschein

Betrag / EUR

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger Insel-gesundheitszentrum Stefan Besser, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Insel-gesundheitszentrum Stefan Besser 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.

Ort

Datum

Unterschrift(en)
des zahlungspflichtigen Kontoinhabers