

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger:

Saxonia Diagnostics GmbH
Praterschütz 5
01683 Nossen

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE22ZZZ00002424573

Mandatsreferenz

Wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) Firma Saxonia Diagnostics GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Saxonia Diagnostics GmbH gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name Kontoinhaber:
Straße / Nr.:
PLZ / Ort:

Name der Bank:

IBAN:	D E
-------	-----

BIC:	
------	--

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.

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------

Bitte ausgefüllt und unterschrieben an info@saxonia-diagnostics.de senden.