

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger:

Wundex - Die Wundexperten GmbH
Marie-Curie-Straße 1
48308 Senden
Fax: +49 (0) 2536 - 8077 – 001
E-Mail: buchhaltung@wundex.com

Gläubiger-Identifikationsnr.:

DE29ZZZ00000902905

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

Zahlungsart:

☒ Wiederkehrende Zahlung

Name des Patienten:

Geburtsdatum des Patienten:

_____. _____.

Name des Kontoinhabers (falls abweichend):

Anschrift des Kontoinhabers:

Straße/Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

IBAN (max. 22 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

DE _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en) des Kontoinhabers / Name des Kontoinhabers in Druckbuchstaben:

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.