



medNEXT GmbH
PROFESSIONELL - PRAXISNAH - PERSÖNLICH

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfänger

medNEXT GmbH
Tuchmacherstr.12a
84524 Neuötting

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE62ZZZ00002186882

Mandatsreferenz - Kundennummer medNEXT

--

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) medNEXT GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers:	medNEXT GmbH
------------------------------	--------------

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

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

Name der Bank:

IBAN:	
-------	--

BIC:	
------	--

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------