



Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen:

Zahlungsempfänger:

GfD Gesundheit für Deutschland GmbH & Co. KG
Rießstr. 19
80992 München

Gläubiger Identifikationsnummer
DE05ZZZ00002404509

Mandatsreferenz

Ich/Wir ermächtige(n) GfD Gesundheit für Deutschland GmbH & Co. KG Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom o.g. Zahlungsempfänger auf mein/ unser Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Wir sind damit einverstanden, dass das Mandat rückwirkend für offene Rechnungen ab [] verwendet werden kann.

Vorname:

Nachname:

Kontoinhaber

IDF Nummer / Kundennummer:

Name der Bank:

IBAN:

BIC:

Die GfD Gesundheit für Deutschland GmbH & Co. KG hat die jeweilige Lastschrifteinlösung spätestens einen Tag vor Einzug schriftlich unter Angabe des Betrages, des Fälligkeitsdatums, der Gläubiger-Identifikationsnummer und der Mandatsreferenz anzuzeigen.

GfD Gesundheit für Deutschland GmbH & Co. KG hat vor dem ersten Einzug im SEPA-Lastschriftverfahren über den Einzug in dieser Verfahrensart zu informieren.

Ort, Datum

Unterschrift: