

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Medi-King Medical Trading GmbH Rudolf-Diesel-Str. 30 28876 Oyten buchhaltung@medi-king.de	Gläubiger-Identifikationsnummer: DE4600100000610435
	Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Medi-King Medical Trading GmbH, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich 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 (Einzug erfolgt mit 30 Tagen netto Kasse):	
☐	Wiederkehrende Zahlung
☐	Einmalige Zahlung

Daten des Zahlungspflichtigen:

Name:	_____
Straße und Hausnummer:	_____
PLZ und Ort:	_____
Kunden-Nr.:	D _____
IBAN:	_____
BIC:	_____
Kreditinstitut:	_____

Ort:	_____	Datum:	_____
------	-------	--------	-------

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	_____
--	-------