

Erteilung eines Mandates für das SEPA - Basislastschriftverfahren

Bitte füllen Sie die Vorlage aus und lassen uns diese zukommen, gerne
per E-Mail an: buchhaltung@breident.com oder per Fax an: +49 7309 872-355

DE32ZZZ00000105511

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz/Kundenummer:

Name des Kontoinhabers / Debtor name

Straße und Hausnummer / Street name and number

Postleitzahl und Ort / Postal code and city

Land / Country

Kreditinstitut (Name) / Bank (name)

IBAN

BIC

SEPA – Basislastschrift – Mandat

Ich ermächtige die **breident medical GmbH & Co. KG**, wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der breident medical GmbH & Co. KG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Einzug soll erfolgen ab Rechnung Nr. _____ vom _____

innerhalb von 8 Tagen mit 3% Skonto

bei Fälligkeit netto 30 Tage

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungstag, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich/wir wünsche(n), bis auf weiteres, kein Lastschriftverfahren meiner/unsere Rechnungen.

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers