

Einzugsermächtigung

und SEPA-Lastschrift-Mandat

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen

Vorname:	
Name	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Kunden-Nr.:	

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

MEDI - CENTER Mittelrhein GmbH
David-Roentgen-Str. 2-4
56073 Koblenz
Gläubiger-ID-Nr.: DE95ZZZ00000028329

Abweichender Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen

Vorname:	
Name	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Kunden-Nr.:	

Bitte nur ausfüllen, wenn zahlungspflichtige und leistungsempfangende, nicht die gleiche Person sind.

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die MEDI - CENTER Mittelrhein GmbH widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Basislastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die MEDI - CENTER Mittelrhein GmbH, bei Rechnungsfälligkeit Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der MEDI - CENTER Mittelrhein 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

MEDI - CENTER Mittelrhein GmbH hat den Einzug der Lastschrift vorher anzukündigen. Die Ankündigung hat mir/uns spätestens einen Werktag vor der Fälligkeit der Lastschrift in schriftlicher Form, gesondert oder als Teil anderer Schriftstücke, zuzugehen; eine telekommunikative Übermittlung genügt. Die MEDI - CENTER Mittelrhein GmbH erklärt sich mit diesen Modalitäten der Ankündigung durch Entgegennahme dieses Lastschriftmandats einverstanden.

Kontonummer:	
Bankleitzahl:	
BIC-SWIFT-Code Ihres Kreditinstitutes:	
IBAN:	

	X
--	---

Datum, Ort

Unterschrift Pflegebedürftige/r oder Bevollmächtigte/r

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich die MEDI - CENTER Mittelrhein GmbH über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.



Postbank Frankfurt/Main
IBAN: DE21 5001 0060 0997 8906 01
SWIF-BIC: PBNKDEFF

IK-Nr. 3 30710178
Ust.-ID-Nr. DE 811339694
Gläubiger-Identifikationsnummer
DE95ZZZ00000028329