



Fax: 0800 633 43 29

Ermächtigung zum Lastschrifteinzug mit SEPA

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

MediQuick GmbH
Hans-Wunderlich-Str. 7
49078 Osnabrück

Kunden-/Mandatsnummer:

Zahlungsbedingung:

Creditor-ID: DE44ZZZ00000314912

1,5 % Skonto

Praxis-Name

Anschrift

IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

BIC:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die MediQuick GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der MediQuick GmbH auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Bitte nehmen Sie die Lastschrifteinzüge wie folgt vor:

- ab sofort** inkl. aller fälligen Forderungen
- für alle meine Bestellungen **ab heute**
- für Bestellungen **ab dem** _____ (bitte Datum einfügen)

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.

Ort/ Datum: _____

Praxisstempel/ Unterschrift/en _____