

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Bitte per Fax an 0221 940 505 990

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

WISCOM
Praxis- und Krankenhaus-Service GmbH
Horbeller Str. 18 – 20
50858 Köln
Tel.: 0221 940 505 420

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE97ZZZ00000795757

Mandatsreferenz/Einsendernummer (bitte eintragen): _____

Hiermit ermächtige/n ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen Praxisbedarf bei Fälligkeit zulasten meines/unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Bank _____
(Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)

Kontonummer _____ BLZ _____

IBAN _____

BIC _____

Kontoinhaber _____
(falls abweichend)

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit

(Name des Einsenders)

Ort, Datum _____ Unterschrift _____