

SEPA-Lastschriftmandat

für das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubigers)

DGN Deutsches Gesundheitsnetz Service GmbH
 Hüngert 15
 41564 Kaarst

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE21ZZZ00000368676

Die Mandatsreferenz teilen wir Ihnen auf der Rechnung mit.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) die DGN Deutsches Gesundheitsnetz Service GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der DGN Deutsches Gesundheitsnetz Service 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Firma/Organisation/Behörde	Kundennummer
Kontoinhaber:in (Vorname, Name)	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kreditinstitut	BIC
IBAN	
Ort, Datum	Unterschrift