

SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Formular kann am PC oder von Hand ausgefüllt werden

<p><i>Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)</i></p> <p>Andjana Medical Germany UG Tharandter Str.35 01159 Dresden</p>	<p>Wiederkehrende Zahlungen <input type="checkbox"/></p> <p>Einmalige Zahlung <input type="checkbox"/></p>
<p><i>Gläubiger-Identifikationsnummer</i></p> <p>DE39ZZZ00000600570</p>	
<p><i>Mandatsreferenz</i></p>	

Ich/Wir ermächtige(n) **Andjana Medical Germany UG**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von **Andjana Medical Germany UG** 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.

<p><i>Kontoinhaber (Vorname, Name)</i></p> <p>Klicken oder tippen Sie hier, um KONTOINHABER einzugeben.</p>
<p><i>Straße und Hausnummer</i></p> <p>Klicken oder tippen Sie hier, um STRASSE und NR einzugeben.</p>
<p><i>PLZ und Ort</i></p> <p>Klicken oder tippen Sie hier, um PLZ und ORT einzugeben.</p>
<p><i>Land</i></p> <p>Klicken oder tippen Sie hier, um LAND einzugeben.</p>

<p><i>IBAN</i></p> <p>Klicken oder tippen Sie hier, um IBAN einzugeben.</p>	<p><i>BIC (nur bei Auslandskonten)</i></p> <p>Klicken oder tippen Sie hier, um BIC einzugeben.</p>
---	--

<p><i>Ort und Datum</i></p> <p>Klicken oder tippen Sie hier, um ORT einzugeben. Klicken oder tippen Sie, um ein DATUM einzugeben.</p>	<p><i>Unterschrift(en)</i></p>
--	--------------------------------

SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

<i>Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)</i> Andjana Medical Germany UG Tharandter Str.35 01159 Dresden
<i>Gläubiger-Identifikationsnummer</i> DE39ZZZ00000600570
<i>Mandatsreferenz</i>

Wiederkehrende Zahlungen

Einmalige Zahlung

Ich/Wir ermächtige(n) **Andjana Medical Germany UG**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von **Andjana Medical Germany UG** 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.

<i>Kontoinhaber (Vorname, Name)</i> Klicken oder tippen Sie hier, um KONTOINHABER einzugeben.
<i>Straße und Hausnummer</i> Klicken oder tippen Sie hier, um STRASSE und NR einzugeben.
<i>PLZ und Ort</i> Klicken oder tippen Sie hier, um PLZ und ORT einzugeben.
<i>Land</i> Klicken oder tippen Sie hier, um LAND einzugeben.

<i>IBAN</i> Klicken oder tippen Sie hier, um IBAN einzugeben.	<i>BIC (nur bei Auslandskonten)</i> Klicken oder tippen Sie hier, um BIC einzugeben.
--	---

<i>Ort und Datum</i> Klicken oder tippen Sie hier, um ORT einzugeben. Klicken oder tippen Sie, um ein DATUM einzugeben.	<i>Unterschrift(en)</i>
---	-------------------------