

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

An*

ImplAg® Implantologie-Agentur
Thomas Wachtel e.K.

Am Wingertsberg 34

64653 Lorsch

Gläubiger-Identifikationsnummer¹ (des Zahlungsempfängers)

DE16 ZZZ0 0000 9235 09

Mandatsreferenz (max. 35 Stellen)

- Mandat für einmalige Zahlung
- Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Sie, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen / weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen 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 Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungsdienstleisters des Zahlers	BIC ²
IBAN ³	

Name und Anschrift des Zahlers / der Zahler

Unterschrift(en):

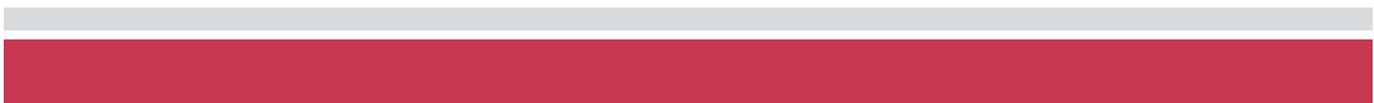
Ort, Datum

Unterschrift(en) des Zahlers / der Zahler



Raum für sonstige Angaben des Zahlers

* Name und Anschrift des Zahlungsempfängers
¹ Die Gläubiger-Identifikationsnummer für den Zahlungsempfänger wird für in Deutschland Ansässige von der Deutschen Bundesbank vergeben (siehe <http://glaebiger-id.bundesbank.de>)
² Bank Identifier Code (Bank-Identifizierungs-Code)
³ International Bank Account Number (Internationale Bankkontonummer)



SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

An*

ImplAg® Implantologie-Agentur
Thomas Wachtel e.K.

Am Wingertsberg 34

64653 Lorsch

Gläubiger-Identifikationsnummer¹ (des Zahlungsempfängers)

DE16 ZZZ0 0000 9235 09

Mandatsreferenz (max. 35 Stellen)

- Mandat für einmalige Zahlung
- Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Sie, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen / weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen 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 Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungsdienstleisters des Zahlers	BIC ²
IBAN ³	

Name und Anschrift des Zahlers / der Zahler

Unterschrift(en):

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Zahlers / der Zahler



Raum für sonstige Angaben des Zahlers

* Name und Anschrift des Zahlungsempfängers
¹ Die Gläubiger-Identifikationsnummer für den Zahlungsempfänger wird für in Deutschland Ansässige von der Deutschen Bundesbank vergeben (siehe <http://glaebiger-id.bundesbank.de>)
² Bank Identifier Code (Bank-Identifizierungs-Code)
³ International Bank Account Number (Internationale Bankkontonummer)

