

SEPA-Lastschriftmandat



Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen

- ▶ **SEPA-Lastschrifteinzug - Bequem und bargeldlos**
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE64ZZZ00000494778**
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich ermächtige die deutscher patienten verlag gmbh Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der deutscher patienten verlag gmbh auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

- ▶ **Persönliche Daten**

Firma: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Wir benötigen Ihre vollständigen Daten um diese Einzugsermächtigung Ihrem Auftrag zuzuordnen.

- ▶ **Bankverbindung**

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Betrag in Euro: _____

Hiermit ermächtige ich die dpv deutscher patienten verlag gmbh, Elisabeth-Breuer-Str. 9, 51065 Köln den oben angegebenen Betrag von meinem Konto einzuziehen.

Datum, Unterschrift: _____