

SEPA-Basis-Lastschriftmandat für die GT Gesundheitsteam GmbH Bayern

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE61GTB00002029954

Mandatsreferenz = Ihre Kunden-Nr.: _____

Ich ermächtige die GT Gesundheitsteam GmbH Bayern, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der GT Gesundheitsteam GmbH Bayern auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Bitte ankreuzen:

Kontoinhaber (SEPA-Mandat) ist der Kunde

Kontoinhaber (SEPA-Mandat) ist nicht der Kunde

Zahlt für:

Vorname und Name des Kunden

Vorname, Name (Kontoinhaber) _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Kreditinstitut (Name, Ort und Land) _____

BIC _____

IBAN _____

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.

Datum, Ort und Unterschrift (Kontoinhaber/in oder gesetzlicher Vertreter/Vormund)