Medicom Dreieich GmbH, Landsteinerstr. 2 A, 63303 Dreieich
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE46ZZZ00000634491

# SEPA-Lastschrift-Mandat

(Einzugsermächtigung)

Medicom Kunden-Nr. (falls bekannt)

Antwort

Medicom Dreieich GmbH
Landsteinerstraße 2 A

63303 Dreieich

**Kontoinhaber**

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

**Kontoinhaber**

**gültig ab** (TT.MM.JJJJ)

**Straße, Hausnummer**

**Telefonnummer** (tagsüber)

**PLZ, Ort**

**DE**
**IBAN**

**BIC**

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Hinweis: Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Vertragspartner und Objektdaten** (falls vom Kontoinhaber abweichend)

**Vertragspartner**
(Name, Vorname)

**Objektadresse**
(Straße, Hausnummer)

**Objektstandort**
(PLZ, Ort)