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

By signing this mandate from, I authorise Medicom Dreieich GmbH to send instructions to my bank to debit my account and my bank to debit my account in accordance with the instructions form the creditor Medicom Dreieich GmbH.
I can, within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution applay.

Zahlungsart/Type of Payment: **wiederkehrend**

Kontoinhaber/account owner

gültig ab/vailt from (TT.MM.JJJJ)

Straße, Hausnummer/street, house number

Telefonnummer/phone number

PLZ, Ort /post code, city

DE
IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers/signature

Vertragspartner und Objektdaten (falls vom Kontoinhaber abweichend)
contract owner and object (if it be different)

Vertragspartner/contract owner
(Name)

Objektadresse/adress
(Straße & Hausnummer)

Objektstandort/city
(PLZ & Ort)

Ihre persönliche Mandatsreferenznummer teilen wir Ihnen in einem gesonderten Schreiben mit.