

Erteilung eines SEPA-Basislastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Ohland Naturmedizin GmbH
Lullusstraße 2
37284 Waldkappel-Bischhausen

Gläubiger Identifikationsnummer: DE71ZZZ00002219215

Mandantenreferenz: (wird Ihnen separat mitgeteilt)

Ich ermächtige Ohland Naturmedizin GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ohland Naturmedizin 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.

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen**Wenn abweichender Kontoinhaber****Name und Anschrift des Kontoinhabers****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)****BIC (8 oder 11 Stellen):**

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift des Zahlungspflichtigen Kontoinhaber: