KLINDO
klinische Dokumentation

# SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften für wiederkehrende Zahlungen

 **Ausfertigung für den Zahlungsempfänger**

An*

KLINDO GmbH
Dammstraße 12
47829 Krefeld

Mail zurück an: abo@klindo.de

Gläubiger-Identifikationsnummer[1] (des Zahlungsempfängers)

DE04ZZZ00002285702

Mandatsreferenz (max. 35 Stellen)

wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen / weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

| Name der Bank | BIC[2] |
|---|---|
| | |
| IBAN[3] | |
| | |

Name des Kontoinhabers

## Unterschrift(en):

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Zahlers / der Zahler

Raum für sonstige Angaben des Zahlers

* Name und Anschrift des Zahlungsempfängers
[1] Die Gläubiger-Identifikationsnummer für den Zahlungsempfänger wird für in Deutschland Ansässige von der Deutschen Bundesbank vergeben (siehe http://glaeubiger-id.bundesbank.de)
[2] Bank Identifier Code (Bank-Identifizierungs-Code)
[3] International Bank Account Number (Internationale Bankkontonummer)

# SEPA-Lastschriftmandat
# für SEPA-Basislastschriften
# für wiederkehrende Zahlungen



Kopie für den Zahler

An*

KLINDO GmbH
Dammstraße 12
47829 Krefeld

Mail zurück an: abo@klindo.de

Gläubiger-Identifikationsnummer[1] (des Zahlungsempfängers)

DE04ZZZ00002285207

Mandatsreferenz (max. 35 Stellen)

wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen / weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

| Name der Bank | BIC[2] |
|---|---|
| | |
| IBAN[3] | |
| | |

Name des Kontoinhabers

## Unterschrift(en):

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Zahlers / der Zahler

Raum für sonstige Angaben des Zahlers

* Name und Anschrift des Zahlungsempfängers
[1] Die Gläubiger-Identifikationsnummer für den Zahlungsempfänger wird für in Deutschland Ansässige von der Deutschen Bundesbank vergeben (siehe http://glaeubiger-id.bundesbank.de)
[2] Bank Identifier Code (Bank-Identifizierungs-Code)
[3] International Bank Account Number (Internationale Bankkontonummer)