

per Mail buchhaltung@drreinwald.de
per Fax +49 (0)9187-80878-0

**Prackenfelser Strasse 18
D-90518 Altdorf**

Einzugsermächtigung wegen Lastschriftverfahren

Kundendaten:

Vorname / Name: _____

Firma / Praxis: _____

Straße: _____

PLZ / Ort / Land: _____

Telefon: _____

Mail oder Fax: _____

Hiermit erteile(n) ich/wir dr. reinwald healthcare gmbh + co kg die Einzugsermächtigung zum Lastschriftenverfahren für regelmäßige Rechnungen aus Warenlieferungen und Leistungen zu Lasten meines/unseres Kontos:

Bis auf Widerruf

einmalig

SEPA Bankverbindung:

Bank: (Name des Kontoführenden Kreditinstituts)	
Ort:	Strasse:
BIC/Swift:	
IBAN:	
Kontoinhaber: (falls abweichend)	

Lastschrifteneinzug ist von Bankkonten in Deutschland und ab 01.02.2014 auch von SEPA Bankkonten aus dem EU-Ausland möglich. Um Rücklastschriften zu vermeiden, stellen Sie bitte ausreichend Guthaben auf Ihrem Konto zur Verfügung. Lastschriftrückgaben werden lt. AGB von dr. reinwald healthcare gmbh + co kg gehandhabt.

Datum: _____ Unterschrift: _____