

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Zahlungsart: ☒ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

Zahlungsempfänger

Gatermann GmbH & Co. KG
Arzt- und Krankenhausbedarf
Kaiserswerther Str. 72
40878 Ratingen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE36ZZZ00002244871

Ich ermächtige/ wir ermächtigen die Gatermann GmbH & Co. KG, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/ weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Gatermann GmbH & Co. KG 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsvereinbarung: 3 Tage abzgl. 2% Skonto

Zahlungspflichtiger / Kontoinhaber:

Name (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Mandatsreferenz (Ihre Kundennummer):

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel