

SEPA-FIRMENLASTSCHRIFT-MANDAT FÜR WIEDERKEHRENDE ZAHLUNGEN

Bitte füllen Sie die Formularfelder vollständig aus und senden Sie beide Formulare unterschrieben im Original zurück.

BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG
Debitorenbuchhaltung
Wilhelm-Herbst-Str. 1
28359 Bremen

Zahlungsempfänger-ID
DE31IMP00000031033

Mandatsreferenz
(wird von BEGO Implant Systems ausgefüllt)

Ich/Wir ermächtige(n) die BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG von meinem/unserem Konto Beträge mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin/Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin/Wir sind berechtigt, mein/unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Kundendaten

Kontoinhaber (Name, Vorname oder Firma)

Kundennummer

UST. ID-Nr. (falls vorhanden)

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Land

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Ort

Datum

Unterschrift(en)

SEPA-FIRMENLASTSCHRIFT-MANDAT FÜR WIEDERKEHRENDE ZAHLUNGEN

Bitte füllen Sie die Formularfelder vollständig aus und senden Sie beide Formulare unterschrieben im Original zurück.

BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG
Debitorenbuchhaltung
Wilhelm-Herbst-Str. 1
28359 Bremen

Zahlungsempfänger-ID
DE31IMP00000031033

Mandatsreferenz
(wird von BEGO Implant Systems ausgefüllt)

Ich/Wir ermächtige(n) die BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG von meinem/unserem Konto Beträge mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin/Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin/Wir sind berechtigt, mein/unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Kundendaten

Kontoinhaber (Name, Vorname oder Firma)

Kundennummer

UST. ID-Nr. (falls vorhanden)

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Land

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Ort

Datum

Unterschrift(en)