



SEPA-Lastschriftmandat

Name u. Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Kinder- u. Jugendarztpraxis
Roland Zeller
Dr. Brigitte Simmendinger
Geschwister-Scholl-Platz 8

Gläubigeridentifikationsnummer:
DE49ZZZ00000645786

Mandatsreferenz:

63741 Aschaffenburg

Ich/Wir ermächtige(n) die Kinder- u. Jugendarztpraxis Zeller & Simmendinger Zahlungen für medizinische Leistungserbringungen zum jeweils genannten Fälligkeitstag laut Rechnung, beginnend ab dem 01.01.2014, von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende/Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den 1. folgenden Werktag.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Kinder- u. Jugendarztpraxis Zeller & Simmendinger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name des Patienten	
Kontoinhaber (Vorname, Nachname)	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kreditinstitut	BIC ____ DE ____
IBAN DE ____ ____ ____ ____ ____ ____	

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

Ort, Datum

Unterschriften

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger

Dieses SEPA-Lastschriftmandat muss uns im Original in der Praxis vorliegen, bitte nicht faxen!



SEPA-Lastschriftmandat

Name u. Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Kinder- u. Jugendarztpraxis
Roland Zeller
Dr. Brigitte Simmendinger
Geschwister-Scholl-Platz 8

Gläubigeridentifikationsnummer:
DE49ZZZ00000645786

Mandatsreferenz:

63741 Aschaffenburg

Ich/Wir ermächtige(n) die Kinder- u. Jugendarztpraxis Zeller & Simmendinger Zahlungen für medizinische Leistungserbringungen zum jeweils genannten Fälligkeitstag laut Rechnung, beginnend ab dem 01.01.2014, von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende/Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den 1. folgenden Werktag.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Kinder- u. Jugendarztpraxis Zeller & Simmendinger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name des Patienten	
Kontoinhaber (Vorname, Nachname)	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kreditinstitut	BIC _ _ _ _ _ DE _ _ _ _ _
IBAN DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

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

Ort, Datum

Unterschriften

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen