

SEPA-Lastschriftmandat

Name u. Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
 Dr. Brigitte Simmendinger

Gläubigeridentifikationsnummer:
 DE49ZZZ00000645786

Geschwister-Scholl-Platz 8
 63741 Aschaffenburg

Mandatsreferenz:

Ich/Wir ermächtige(n) die Praxis für Kinder- und Jugendmedizin - Dr. Brigitte Simmendinger Zahlungen für medizinische Leistungserbringungen zum jeweils genannten Fälligkeitstag laut Rechnung, beginnend ab dem 01.07.2021, von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende/Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den folgenden Werktag. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Praxis für Kinder- und Jugendmedizin - Dr. Brigitte 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)

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
 Dr. Brigitte Simmendinger

Gläubigeridentifikationsnummer:
 DE49ZZZ00000645786

Geschwister-Scholl-Platz 8
 63741 Aschaffenburg

Mandatsreferenz:

Ich/Wir ermächtige(n) die Praxis für Kinder- und Jugendmedizin - Dr. Brigitte Simmendinger Zahlungen für medizinische Leistungserbringungen zum jeweils genannten Fälligkeitstag laut Rechnung, beginnend ab dem 01.07.2021, von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende/Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den folgenden Werktag. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Praxis für Kinder- und Jugendmedizin - Dr. Brigitte 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