GLP MEDICAL
PRAXISBEDARF · BERATUNG

GLP medical GmbH
Abt. Buchhaltung
Tel.: 040 / 766 96 -434
Fax: 040 / 766 96 -438
Großmoorbogen 25
21079 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE62ZZZ00000255418

Mandatsreferenz: …… / Debitorennummer: ……..

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige/n die GLP medical GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der GLP medical GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/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.

Vorname und Name des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name) und (BIC)

IBAN

Ort/Datum Unterschrift des Kontoinhabers

Wir bitten um Verständnis, dass wir das Formular im Original benötigen. Eine Übermittlung per Fax oder per Mail ist auf Grund der derzeitigen Rechtslage nicht mehr möglich.