Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger:

Coloplast GmbH

Atos Medical

Am Neumarkt 42

22041 Hamburg

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DK79 3000 4511 1118 97

Mandatsreferenz

Kundenreferenz

Name Kunde:	Geburtsdatum:

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) die Coloplast GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Coloplast GmbH 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.

Name Kontoinhaber:
Straße / Nr.:
PLZ / Ort:

Name der Bank:

IBAN:	D	E																			

BIC:											

Ort, Datum:	Unterschrift Kontoinhaber:

Dieses Dokument ist Eigentum der Coloplast GmbH. Es darf ohne die schriftliche Genehmigung der Coloplast GmbH weder verwendet noch vervielfältigt werden und darf nicht in einer Weise verwendet werden, die mit dem Zweck, für den es bereitgestellt wurde, unvereinbar ist.