LABORGEMEINSCHAFT DRESDEN-WEST GbR mbH

SEPA Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die Laborgemeinschaft Dresden-West GbR mbH, Köhlerstraße 14A, 01239 Dresden,

Gläubiger ID: DE10LGS00001178727

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Laborgemeinschaft Sachsen auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

Wir werden Sie 14 Tage vor Fälligkeit mittels Rechnung über den Abbuchungstag informieren. Fällt dieser auf ein Wochenende oder einen Feiertag, werden wir Ihr Konto am nächstmöglichen Geschäftstag belasten.

Angaben des Zahlungspflichtigen:

Name: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Land: ☐Deutschland oder _____

IBAN: _____

BIC: _____

(Angaben zu IBAN und BIC finden Sie auf der Rückseite Ihrer EC-Karte oder auf den Kontoauszügen. Wenn nicht erfragen Sie diese bitte bei Ihrer Hausbank.)

Name der Bank: _____

Zahlungsart der Lastschrift: ☐einmalige Zahlung ☒wiederkehrende Zahlung

Datum/Ort: _____

Unterschrift: _____