

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65ZZZ00001440801

Ich/Wir ermächtige(n) Herrn Dr. med. Rudolph Weber, Nürnberger Str. 2A, 63450 Hanau, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich/Wir kann/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.

IBAN (IBAN und BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug oder Ihrer EC-Karte; die deutsche IBAN ist immer 22 Stellen lang)

BIC

Name des Kreditinstituts

Name, Vorname bzw. Firmenbezeichnung der/des Kontoinhaber/s

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Weist das Konto nicht die erforderliche Deckung auf, so besteht für das kontoführende Geldinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Wenn Kontoinhaber und Patient/in nicht dieselbe Person sind, tragen Sie bitte den Namen und die Adresse des Kontoinhabers hier ein:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Postalischer Ortsname

Vorwahl

Telefonnummer

Geburtsdatum