DR. POHLANDT®
arbeitsmedizin

Datenschutz-Handbuch für Kleinbetriebe

SEPA-Basislastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Arbeitsmedizin Dr. Pohlandt GmbH
Muggenhofer Str. 137
90429 Nürnberg

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE39ZZZ00001076840

Kunden-Nr.: _____

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Mandatsreferenz: Diese wird Ihnen gesondert auf Ihrer Rechnung mitgeteilt

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Arbeitsmedizin Dr. Pohlandt GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Arbeitsmedizin Dr. Pohlandt GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise: 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. Die evtl. von meinem Kreditinstitut erhobenen Kosten für

1.) eine unberechtigte Rückerstattung und
2.) einen nicht ausführbaren Einzug wegen nicht mitgeteilter Änderung meiner Kontoinformationen

kann die Arbeitsmedizin Dr. Pohlandt GmbH von mir zurückfordern.

_____
Name der Bank bzw. des Kreditinstituts

IBAN

SWIFT/BIC

_____ _____
Ort, Datum **Unterschrift(en)**