



SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Zahlungsempfänger

Name: Eva Gatermann
 Arzt- und Krankenhausbedarf
Straße / Hausnummer: Dinslakener Str. 2
Postleitzahl / Ort: 40468 Düsseldorf

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 02ZZZ00001390137

Ich / wir ermächtige(n) die Firma Eva Gatermann Arzt- und Krankenhausbedarf, Zahlungen von meinem / unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Eva Gatermann Arzt- und Krankenhausbedarf 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.

Zahlungsvereinbarung: 3 Tage abzgl. 2% Skonto

Zahlungspflichtiger / Kontoinhaber:

Name: _____

Straße / Hausnummer: _____

Postleitzahl / Ort: _____

Mandatsreferenz (Ihre Kundennummer): _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort

Datum

Unterschrift / Stempel

Eva Gatermann
Arzt- u. Krankenhausbedarf
Dinslakener Str. 2
40468 Düsseldorf

Telefon 0211 - 41 29 10
Telefax 0211 - 41 80 859
e-mail: info@gatermann.co
www.gatermann-arztbedarf.de

Steuer-Nr. 105/5080/3230
UST-ID DE 815493563
IK-Nr. 590510381
Gläubiger-Identifikations-Nr.:
DE02ZZZ00001390137

Volksbank Düsseldorf-Neuss eG
IBAN DE60 3016 0213 0770 2280 18
BIC GENODED1DNE
Postbank Essen
IBAN DE49 3601 0043 0403 1124 36
BIC PBNKDEFF