

Promed
Vertriebsgesellschaft mbH
Tarpn 40/Haus 7B
22419 Hamburg
Fax: 0800/800 88 33

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Praxisstempel/Anschrift:

Kunden-Nr.:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE71ZZZ00000314911

Hier mit ermächtige/n ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen der, von mir/uns bestellten Waren, bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos einzuziehen.

IBAN Nummer:

BIC Nummer:

bei meinem/unseren Kreditinstitut (genaue Bezeichnung):

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift: