



Praxis PHYSIOHOCH

Sven Hoch
Burgunder Platz 7
67117 Limburgerhof
Gläubiger-ID DE22ZZZ00001094994
Mandatsreferenz: jeweilige Rechnungsnummer

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Praxis PHYSIOHOCH Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Praxis auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber

bitte deutlich schreiben

Name, Vorname _____

Adresse _____

Kreditinstitut _____

BIC _____

IBAN _____

Ort, Datum

Unterschrift