

Rücksendung an:

Wegimed GmbH
Eiserfelder Str. 446
57080 Siegen

Gläubiger-ID-Nr.: DE21ZZZ00000229772
Mandatsreferenz/Kundennummer: _____

SEPA-Basislastschriftmandat

Ich ermächtige/wir ermächtigen die WeGimed GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der WeGimed GmbH auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Das erteilte SEPA-Lastschriftmandat ist ein Rahmenmandat und kann für sämtliche bestehenden und künftigen Forderungen der WeGimed GmbH aus der Geschäftsverbindung verwendet werden.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinen/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorabankündigungen zur SEPA-Lastschrift werden mindestens 3 Tage vor Fälligkeit zugestellt.

Rechnungen werden innerhalb von **7 Tagen ab Rechnungsdatum eingezogen**

Kontoinhaber: _____
Adresse: _____

BIC **Kreditinstitut**

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel