



franziska krauß

Praxismanagement

Einsteinstraße 1

95100 Selb

Fax: 02987/87180

E-Mail: zmvfranziska@googlemail.com

www.zmvfranziska.wixsite.com/praxismanagement

Vertrag

Ich bin mit der Berechnung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel (oder kompl. Adressangabe)



SEPA – Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Praxismanagement Krauß, Franziska Krauß

Gläubiger – Identifikationsnummer: DE37 7805 0000 0222 3000 63

Ich ermächtige die Firma Praxismanagement Krauß, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Hinweis:

Zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs beträgt die Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung mindestens 1 Tag vor Belastung. Fälligkeiten und Beträge, die Ihnen bereits bekannt gegeben worden sind, behalten ihre Gültigkeit und werden zum Fälligkeitszeitpunkt eingezogen.

Bitte buchen sie den Rechnungsbetrag von meinem Konto ab:

Name, Vorname des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name Bankinstitut: _____

IBAN CODE: _____

SWIFT – BIC: _____

Hiermit erkläre ich mich mit der Berechnung per Lastschriftverfahren (einmalig) für die Beantwortung meiner Erstattungsfragen/Abrechnungsfragen einverstanden. Die vorgenannten Vertragsbedingungen erkenne ich an. Ich bin mit der Berechnung nach den mir bekannten Konditionen einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift Kontoinhaber

1. SEPA Lastschriftmandat: Voraussetzungen für die Teilnahme am einheitlichen Europäischen Lastschriftverfahren.
2. Nach Rückgabe des ausgefüllten SEPA Lastschriftmandats wird für Sie eine Mandatsreferenznummer vergeben. Diese können Sie bei jeder Abbuchung dem Verwendungszweck Ihres Kontoauszugs entnehmen.
3. Ihre IBAN finden Sie auf Ihren Kontoauszügen, in ihrem Online – Banking – Portal oder auf den neuen EC Karten. Dieses Formular kann nur für deutsche Bankverbindungen verwendet werden.