

Andreas Fahl
Medizintechnik-Vertrieb GmbH
August-Horch-Straße 4a
51149 Köln

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die **Andreas Fahl Medizintechnik-Vertrieb GmbH** widerruflich, Zahlungen bei Fälligkeit von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise (n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger gezogenen Lastschriften einzulösen. Jede Lastschrift wird mindestens 3 Tage vor der Kontobelastung auf der entsprechenden Rechnung angekündigt. Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE51ZZZ00000195864
Mandatsreferenz:	

Zahlungsart

<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung	<input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung
Name, Vorname des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)	
BIC (8 oder 11 Stellen)	
Kontoführendes Institut	

Datum, Ort	Unterschrift
-------------------	---------------------

Bitte ausgefüllt zurücksenden.
Vielen Dank. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne unter **Tel. 0 22 03/29 80-595** zur Verfügung.

Mit diesem SEPA-Lastschriftmandat können Sie uns Ihre Einwilligung nach Art. 6, Abs. 1 lit. a DSGVO Ihre Einzugsermächtigung schnell und einfach zusenden. Nähere Informationen zum Datenschutz können unter <https://www.fahl-medizintechnik.de/datenschutzinformationen/> eingesehen werden. Auf Wunsch können diese Informationen auch in Papierform zur Verfügung gestellt werden.