

SEPA-Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz: (Kundennummer)

Zahlungsempfänger:

GSUND & SCHÖN GmbH

Dorf 14

A-4776 Diersbach

Creditor-ID: AT04ZZZ00000003453

Zahlungspflichtiger:

Name/Firma* :
Straße+Nr.* :
PLZ /ORT* :
Land* :

Kontoinhaber* :
IBAN-Code* :
BIC-Code*:
Kontoführende Bank* :
Unterschrift des Kontoinhabers* Ort, Datum* :
(Firmenstempel)*
*Pflichtfelder gekennzeichnete Daten bitte ergänzen.

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die Firma **GSUND & SCHÖN GmbH**, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der **Firma GSUND & SCHÖN GmbH** auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Diese Vereinbarung gilt bis auf Widerruf.

Im Falle eines Einspruches des Zahlungspflichtigen bitten wir, sich vorher mit uns in Verbindung zu setzen. Die meisten Fragen lassen sich so sofort klären!

Sollte eine SEPA-Lastschrift auf Grund eines nicht vom Zahlungsempfänger verursachten Grundes (z.B. ungedecktes Konto) zurückgewiesen werden, hat der Zahlungspflichtige die dadurch entstehenden Bankspesen zu tragen. Diese werden dann dem Rechnungsbetrag noch aufgeschlagen.

Bitte nach Vervollständigung der Daten an uns unter der FAX-Nr. **0043-(0)7719 / 86 889** oder per Post zurücksenden.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen!