

Bitte senden Sie dieses Dokument ausgefüllt dem GO IN e.V. zurück!

SEPA LASTSCHRIFTMANDAT - Exemplar für den GO IN e.V.

Name / Adresse oder Praxisstempel des Zahlungspflichtigen:

IBAN:

--

BIC:

--

Name der Bank:

--

Adresse der Bank:

--

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit bitte(n) ich (wir) Sie widerruflich, die von

Regionales Praxisnetz GOIN Gesundheitsorganisation Region Ingolstadt e.V.

für mich (uns) bei Ihnen eingehenden SEPA-Lastschriften zu Lasten meines (unseres) obigen Kontos einzulösen, sofern Deckung vorhanden ist.

Es ist mir (uns) bekannt, dass Sie Teilzahlungen nicht leisten dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des (der) Auftraggeber(s)

Bitte leiten Sie dieses Dokument ausgefüllt im Original an Ihre Bank weiter!

SEPA LASTSCHRIFTMANDAT - Exemplar für IHRE BANK

Name / Adresse oder Praxisstempel des Zahlungspflichtigen:

IBAN:

--

BIC:

--

Name der Bank:

--

Adresse der Bank:

--

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit bitte(n) ich (wir) Sie widerruflich, die von

Regionales Praxisnetz GOIN Gesundheitsorganisation Region Ingolstadt e.V.

für mich (uns) bei Ihnen eingehenden SEPA-Lastschriften zu Lasten meines (unseres) obigen Kontos einzulösen, sofern Deckung vorhanden ist.

Es ist mir (uns) bekannt, dass Sie Teilzahlungen nicht leisten dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des (der) Auftraggeber(s)

Bitte bewahren Sie dieses Dokument bei Ihren Unterlagen auf!

SEPA LASTSCHRIFTMANDAT - Exemplar für IHRE Unterlagen

Name / Adresse oder Praxisstempel des Zahlungspflichtigen:

IBAN:

--

BIC:

--

Name der Bank:

--

Adresse der Bank:

--

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit bitte(n) ich (wir) Sie widerruflich, die von

Regionales Praxisnetz GOIN Gesundheitsorganisation Region Ingolstadt e.V.

für mich (uns) bei Ihnen eingehenden SEPA-Lastschriften zu Lasten meines (unseres) obigen Kontos einzulösen, sofern Deckung vorhanden ist.

Es ist mir (uns) bekannt, dass Sie Teilzahlungen nicht leisten dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des (der) Auftraggeber(s)