SEPA-Basislastschriftmandat / Änderung der Bankverbindung

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

A&A ARBEITSSCHUTZ GMBH®
Vertrieb Apotheken
Kölner Str. 76
41812 Erkelenz

Per Fax an: 0431 - 55 29 54

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE9000100000912477

Name und Anschrift des Kontoinhabers

(Ihr Firmenstempel)

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Mandatsreferenz: Diese wird Ihnen gesondert auf Ihrer Rechnung mitgeteilt

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die A&A Arbeitsschutz GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der A&A Arbeitsschutz GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die evtl. von meinem/unserem Kreditinstitut erhobenen Kosten für

1.) eine unberechtigte Rückerstattung und
2.) einen nicht ausführbaren Einzug wegen nicht mitgeteilter Änderung meiner/unserer Kontoinformationen

kann die A&A Arbeitsschutz GmbH von mir/uns zurückfordern.

_____
Name und Ort der Bank bzw. des Kreditinstituts

IBAN

SWIFT/BIC

Die Einzugsermächtigung gilt für die Kundennummer _____ und ist ab dem _____ gültig.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des(r) Kontoinhaber