

Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats

Mandatsreferenz: _____

Hiermit ermächtige ich die Gemeinschaftspraxis für Psychotherapie, Prof. Dr. Fegg + Kollegen (Gläubiger-ID DE81ZZZ00000457127), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gemeinschaftspraxis für Psychotherapie auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient