

SEPA-FIRMENLASTSCHRIFTMANDAT

Somnomedics AG
Am Sonnenstuhl 63
97236 Randersacker

Ich/Wir ermächtige(n) den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin/wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin/wir sind berechtigt, mein/unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen..

Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE56ZZZ00002132961
Mandatsreferenz:	Wird auf der Rechnung mitgeteilt

Name der Firma (Kontoinhaber)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
Land	
Name des Kreditinstituts	
BIC	
IBAN	

Ort

Datum

Unterschrift