

SEPA-Lastschrift-Mandat

Kundennummer (wird von NiNa ausgefüllt)

NAME UND GENAUE ANSCHRIFT DES KONTOINHABERS

Firmennamen

Name

Vorname

Adresse (Straße/Hausnummer/PLZ/Ort)

PLZ/Ort

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich ermächtige / Wir ermächtigen

Nina Prävention & Gesundheit, Franz-Lenders-Straße 38 in 50226 Frechen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE52ZZZ00002512982

Mandatsreferenz:

Zahlungen für direkte Dienstleistung / eVITA von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der **Nina Prävention & Gesundheit** auf mein / unser Konto

DE

IBAN

BIC

gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Das Mandat wird für wiederkehrende Zahlungen gegeben.

UNTERSCHRIFT

X

Unterschrift(en) des/Kontoinhaber(s)

Ort/Datum

Name(n) in Druckbuchstaben