Datenschutz-Handbuch für Apotheken

SEPA-Basislastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

AMZ
Arbeitsmedizinische Zentraldienst GmbH
Muhliusstr. 53
24103 Kiel

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE7100200000911752

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Kunden-Nr.: _____

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Mandatsreferenz: Diese wird Ihnen gesondert auf Ihrer Rechnung mitgeteilt

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die AMZ GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der AMZ 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 Kreditinstitut erhobenen Kosten für

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

kann die AMZ GmbH von mir zurückfordern.

_____
Name der Bank bzw. des Kreditinstituts

IBAN

SWIFT/BIC

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift(en)