

# Einzugsermächtigung + SEPA-Basis-Lastschriftmandat Wiederkehrende Lastschriften



3% Skonto bei Bankeinzug!  
(Einfach untenstehende Einzugsermächtigung  
+ SEPA-Basis-Lastschriftmandat ausfüllen und kostenlos zufaxen)

## Anschrift

### Kunden-Nr./Mandatsreferenz:

(nur falls bekannt)

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Titel/Arzt für/Beruf

E-Mail

Vorname/Name

Telefon für Rückfragen

## Einzugsermächtigung + SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Firma Praxis Partner GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Firma Praxis Partner GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hiermit stimme ich grundsätzlich einer Vorabankündigungszeit von einem Arbeitstag ab Rechnungsdatum zu. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname/Name (Kontoinhaber)

Stempel

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Kreditinstitut (Name)

Datum

BIC

Unterschrift (Kontoinhaber)

DE

IBAN

Gläubiger-Identifikationsnummer im SEPA-Lastschriftverfahren:  
DE24ZZZ00000149693

Praxis Partner  
Fachversand für  
Arzt- und Laborbedarf GmbH  
In den Fritzenstücker 9–11  
65549 Limburg

Telefon: 06431/9780-100  
Free-Call-Telefax: 0800/9780-120  
oder 0800/9780-121  
Webshop: [www.praxis-partner.de](http://www.praxis-partner.de)  
E-Mail: [fachversand@praxis-partner.de](mailto:fachversand@praxis-partner.de)

