medisign GmbH
Hüngert 15
41564 Kaarst

Per Post oder per Mail an
usermanagement@medisign.de

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates für das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren**
Dürfen wir Ihre Rechnungsbeträge zukünftig bequem von Ihrem Konto abbuchen? Dann füllen Sie bitte diese Seite aus und schicken sie an uns zurück.

**Angaben des Zahlungsempfängers**
medisign GmbH, Hüngert 15, 41564 Kaarst
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE55ZZZ00000474861
Wiederkehrende Zahlung. Mandatsreferenz ist Ihre Kundennummer

Kontoinhaber (Name, Vorname)

medisign Kundennummer

BSNR/Abrechnungsnummer

Strasse Hausnummer

PLZ / Ort

Kreditinstitut

D E
IBAN

Ich/Wir ermächtige(n) die medisign, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der medisign GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dies gilt auch für bestehende Forderungen.

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

Datum

Unterschrift

Formular per Mail senden