BIOCONTROL
VETERINÄR · LABOR · PARTNER

BIOCONTROL | Postfach 1628 | 55006 Mainz

Ihr Praxisstempel

Biocontrol
Labor für veterinärmed. Untersuchungen
Konrad-Adenauer-Str. 17
55218 Ingelheim

Postfach 16 30
55006 Mainz

Tel.: 06132 781-234
Fax: 06132 781-385

info@biocontrol.de
www.biocontrol.de

Ihre Kunden-Nr. für die die nachstehende Ermächtigung gilt:

K000 __ __ __ __ __ __

Ermächtigung für das SEPA-Basislastschriftverfahren

Gläubiger-Identifikationsnummer der Bioscientia Healthcare GmbH: DE59ZZZ00000805559

(Die Mandatsreferenz entspricht Ihrer Kundennummer.)

Ich/ wir ermächtige/n die Bioscientia Healthcare GmbH, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/ wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von der Bioscientia Healthcare GmbH auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann/ Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Das Mandat bezieht sich auf wiederkehrende Zahlungen.

Kontoinhaber: _____

Bankname: _____

IBAN: DE __ __ | __ __ __ __ __ __ __ __ | __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
(in Deutschland 22-stellig) | **Bankleitzahl** (8-stellig) | **Kontonummer** (10-stellig)

Sollen noch offene Rechnungen eingezogen werden? ❑ ja ❑ nein

Der Rechnungsausgleich soll unter **Abzug von 2 % Skonto** erfolgen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____