



SEPA-Lastschriftmandat

Nr. M:

Titel

Vorname

Nachname

Telefon

E-Mail

Newsletter

JA

NEIN

SEPA-Lastschrift-Mandat (Ermächtigung)

Zahlungspflichtiger:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

IBAN:

Ich ermächtige die Dr. Seewald KG Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Dr. Seewald KG auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum,
Unterschrift

Zahlungsempfänger:

Dr. Seewald KG (FN420739i), St.-Anna-Str.1, 6900 Bregenz

Creditor ID: AT54ZZZ00000046397

T: +43-5574-32022 | F: +43-5574-32022-15
office@dr-seewald.at www.dr-seewald.at