



SEPA-Lastschriftmandat

Nr. M:

Vor- und Nachname	
Telefon	
E-Mail	
Newsletter	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Datenschutz- erklärung	<input type="radio"/> Ja , ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen, welche auf Ihrer Homepage (www.dr-seewald.at) ersichtlich ist sowie beim Empfang Ihrer Arztpraxis aufliegt und bin damit einverstanden, dass die von mir bekanntgegebenen Daten elektronisch erhoben und gespeichert werden. Meine Daten werden dabei streng zweckgebunden zur Verarbeitung und Beantwortung meiner Anfragen benutzt.

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