

Zahlungsempfänger

medsolv GmbH, Bemeroder Str. 71, 30559 Hannover, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70ZZZ00002162003

Mandatsreferenz: (wird von der medsolv vergeben)

Ich ermächtige/wir ermächtigen die medsolv GmbH ab Datum der Unterschrift dieses Dokumentes Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der medsolv GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Firma / Name der Einrichtung / Praxis

Name, Vorname des Kontoinhabers

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Land (nur auszufüllen, wenn *nicht* Deutschland)

IBAN (Internationale Bankkontonummer)

BIC

Name des Kreditinstitutes

Firmenstempel

Ort

Datum (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift Kontoinhaber/in