

Formular:

SoleoMed⁺
MEDIZINISCHE PRODUKTE

SoleoMed GmbH
Einsteinstraße 30 | 89188 Merklingen
Tel. 0711/341901-30 | Fax: 0711/341901-55
www.soleomed.de | E-Mail: info@soleomed.de
Standort: 70599 Stuttgart | Filderhauptstr. 17

SEPA-Lastschriftmandat

Geschäftsführer: Bernd Färber

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

SoleoMed GmbH
Filderhauptstraße 17
70599 Stuttgart

Ich/Wir ermächtige(n)

SoleoMed GmbH
Filderhauptstraße 17
70599 Stuttgart

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen
(Rechnungen für gesetzliche Zuzahlung bei Arznei- und Hilfsmittel sowie Privatrechnungen).

(Kontoinhaber: Vorname, Name, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

(Kreditinstitut)

(IBAN)

(BIC)

Hinweis:

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht Seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller