

➤ Patientendaten

Name _____ Geburtsdatum _____
Adresse _____ Telefon _____
PLZ _____ Ort _____
Kunden-Nr. _____ (falls bereits vorhanden)

Nutzen auch Sie die Vorteile der SEPA-Basislastschrift:

- Sie sparen sich den Weg zu Ihrem Geldinstitut.
- Es entstehen keine Kosten für eventuelle Bareinzahlungen.
- Das lästige Ausfüllen von Überweisungsträgern entfällt.
- Es werden nur fällige Beiträge von Ihrem Bankkonto abgebogen.
- Sie haben die Sicherheit einer pünktlichen Zahlung.
- Das SEPA-Lastschriftmandat kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

➤ Erteilung SEPA-Lastschriftmandat

Ich / Wir ermächtige(n) die PubliCare GmbH, Zahlungen bei Fälligkeit von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an, die von der PubliCare GmbH auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ihre Mandatsreferenznummer wird auf zukünftigen Rechnungen mit angedruckt.

HINWEIS Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber _____

(Falls dieser abweichend vom Patientennamen ist.)

IBAN _____

(Bitte die 22-stellige IBAN eintragen.)

BIC _____

Kreditinstitut _____

Durch meine Unterschrift stimme ich dem SEPA-Lastschriftmandat für eine einmalige Zahlung zu.

Durch meine Unterschrift stimme ich dem SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen zu.

Durch meine Unterschrift stimme ich dem Einzug aktuell offener Forderung zu.

Datum, Ort

Unterschrift Patient:in