

Bitte zurücksenden an: bestellung.arztsysteme.de@cgm.com

CompuGroup Medical Deutschland AG
Maria Trost 21
56070 Koblenz

SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000311503

Hiermit ermächtige (n) ich/wir die CompuGroup Medical Deutschland AG widerruflich, die von mir/uns zu begleichenden Rechnungen **ab sofort** zu Lasten meines/unseres Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen.

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. Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die Frist der Vorabankündigung (Pre-Notification) auf 2 Tage vor dem Einzugstermin verkürzt wird.

Vollständiger Name des Kreditinstituts	
IBAN	BIC (SWIFT)
D E	
Vor- und Zuname/Praxisname	Kundennummer
Straße	
PLZ/Ort	
Rechnungsversand per E-Mail gewünscht an:	Praxisstempel
Ort/Datum Unterschrift/en des/r Kontoinhaber/s	