



Westfalen Medical GmbH · Einheitstraße 3 · 57076 Siegen

Ermächtigung zum Einzug von Forderung durch SEPA-Lastschriften

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Name / Firma: Westfalen Medical GmbH
Straße: Einheitsstraße 3
PLZ und Ort: 57076 Siegen
Kreditinstitut: Commerzbank Siegen
IBAN: DE24 4608 0010 0351 4614 00
BIC: DRESDEFF460

Ich/Wir ermächtige(n) die Firma Westfalen Medical GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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.

Name und Anschrift der/des Zahlungspflichtigen/Kontoinhaber(s)

Name / Firma: _____
Kunden-Nr.: _____
Straße: _____
PLZ und Ort: _____
Kreditinstitut: _____
IBAN: _____
BIC: _____

Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum, Unterschrift(en) des/der zahlungspflichtigen Kontoinhaber(s):