



SEPA Basis Lastschriftmandat

Gläubiger Identifikationsnummer: DE39ZZZ00001512952

Mandatsreferenz:

Ich/Wir ermächtige(n) hiermit die Pferdepraxis Dr. von Bassewitz & Dr. Kneitz GbR Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Der Einzug von fälligen Zahlungen erfolgt 10 Tage nach Rechnungslegung.

Kontoinhaber

Kontodaten

Name:		Bank:	
Straße:		Bankleitzahl:	
Postleitzahl:		Konto-Nr.:	
Ort:		BIC:	
		IBAN:	

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers