

SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):

Gesundheitsnetz Osthessen eG
Gerloser Weg 20
36039 Fulda

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE02GNO00000902130

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer): _____

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Gesundheitsnetz Osthessen eG Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Gesundheitsnetz Osthessen eG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Betrag wird zum 20. des Eintrittsmonats eingezogen.

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.

Zahlungsart: Einmallastschrift

Geschäftsguthaben: 750,00 €

Vorname + Name (Kontoinhaber): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

IBAN
BIC
Name des Kreditinstitutes

Ort	Datum
Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	