

CompuGroup Medical Deutschland AG  
 Bitte zurücksenden an: [bestellung.arztsysteme.de@cgm.com](mailto:bestellung.arztsysteme.de@cgm.com)

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000311503

Kundennummer

--	--	--	--	--	--	--	--

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 (Prenotification) auf zwei Tage vor dem Einzugstermin verkürzt wird.

<b>Name des Kreditinstituts</b>	
<b>IBAN</b>	
<b>D</b>	<b>E</b>
<b>BIC ( SWIFT)</b>	
Ort / Datum	Unterschrift/en des/r Kontoinhaber/s

<b>Kontoinhaber</b>
Vor- und Zuname/Praxisname
Straße
PLZ/Ort

Praxisstempel

Rechnungsversand per E-Mail an:

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_