

Facharztpraxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Dr. med. Claudia Fademrecht
Breitseestraße 10, 74564 Crailsheim

**Einzugsauftrag
für Vertrag**

Bitte Vorname und Name des Patienten einfügen.

Ich beauftrage die Facharztpraxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Dr. med. Claudia Fademrecht, untenstehende Beträge auf Grundlage des erteilten SEPA-Lastschriftmandats von meinem unten genannten Konto einzuziehen.

Neuer Einzug ab

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | . | | | . | | | | |
| T | T | | M | M | | J | J | J | J |

Einzug beenden zuletzt ausführen am

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | . | | | . | | | | |
| T | T | | M | M | | J | J | J | J |

Bankverbindung ändern für Einzüge zum o.g. Vertrag ab

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | . | | | . | | | | |
| T | T | | M | M | | J | J | J | J |

Vereinbarung Dieser Einzugsauftrag kann sowohl von mir als auch von der Facharztpraxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Dr. med. Claudia Fademrecht jederzeit unterbrochen oder beendet werden. Das unten erteilte SEPA-Lastschriftmandat gilt als Rahmenmandat für die gesamte Geschäftsbeziehung. Es kann Grundlage für weitere Einzugsaufträge zu der angegebenen Bankverbindung sein, sofern weitere Einzugsaufträge erteilt werden.

Einzugsvorankündigung **Hiermit kündigen wir an, dass wir den Einzugsauftrag/die Einzugsaufträge bereits einen Tag nach Rechnungsstellung ausführen können.** Die Mandatsreferenznummer entspricht der IBAN Ihres genannten Girokontos, begrenzt auf die maximal letzten 22 Stellen, sofern diese nicht gesondert von uns mitgeteilt wird oder bereits mitgeteilt wurde. Bitte sorgen Sie für eine ausreichende Kontodeckung. Nicht eingelöste SEPA-Lastschriften haben weitere Kosten zur Folge.

**SEPA-Lastschriftmandat
Mandat für wiederkehrende Zahlungen**

Ich ermächtige die Facharztpraxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Dr. med. Claudia Fademrecht, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsempfänger Dr. med. Claudia Fademrecht, Breitseestraße 10, 74564 Crailsheim, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65ZZZ00002796182

IBAN DE _____

BIC _____

Name der Bank _____

Bankkontoinhaber _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | . | | | . | | | | |
| T | T | | M | M | | J | J | J | J |

Unterschrift Kontoinhaber