

**Nur im Original gültig.  
NICHT faxen oder mailen!**

**Schubert Medizinprodukte  
GmbH & Co. KG**  
Bodenwöhrer Straße 3  
92442 Wackersdorf-Heselbach  
Telefon 09431/7432-25

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Schubert Medizinprodukte  
GmbH & Co.KG  
Bodenwöhrer Straße 3  
92442 Wackersdorf - Heselbach

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

Mandatsreferenz (auszufüllen durch die Schubert Medizinprodukte GmbH & Co.KG)

DE60ZZZ00000091621

Ich/Wir<sup>\*)</sup> ermächtige(n) die **Schubert Medizinprodukte GmbH & Co.KG**, die von mir/uns<sup>\*)</sup> zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Zahlungen von meinem/unserem<sup>\*)</sup> Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir<sup>\*)</sup> mein/unser<sup>\*)</sup> Kreditinstitut an, auf mein/unser<sup>\*)</sup> Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können<sup>\*)</sup> innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem<sup>\*)</sup> Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber / Zahlungspflichtiger:

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Kreditinstitut:

BIC (8 oder 11 Stellen):

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

Firmenstempel, Ort, Datum:

Unterschrift (Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger):

<sup>\*)</sup> Nichtzutreffendes bitte streichen.

**Bitte beachten Sie:** Da uns das SEPA-Lastschriftmandat nach derzeitiger Rechtslage im Original vorliegen muss, ist eine Übermittlung auf elektronischem Wege bzw. per Fax leider nicht möglich.