



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

ahc medical support GmbH
Vertriebsbüro DOXS
Angersbachstraße 12b
34127 Kassel
Telefon: 0561 / 500 494-30

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

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

DOXS Medizinbedarf
ein Geschäftsbereich der
ahc medical support GmbH
Zur Marienhöhe 3
93161 Sinzing

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

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

DE71ZZZ00001500639

Ich/Wir^{*)} ermächtige(n) die **ahc medical support GmbH**,
die von mir/uns^{*)} zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Zahlungen von meinem/unserem^{*)} Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise(n) ich/wir^{*)} mein/unser^{*)} Kreditinstitut an, auf mein/unser^{*)} Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können^{*)} innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags
verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem^{*)} 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):

^{*)} 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.