

## SEPA LASTSCHRIFTMANDAT

### KONTOINHABER

Herr  Frau

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Titel

Vorname \*

Nachname \*

### KREDITINSTITUT

Name des Kreditinstitutes \*

IBAN (22-stellig) \*

BIC (Swift) \*

Ich erteile das SEPA-Lastschriftmandat für das EUKOBA Notrufsystem der MD Medicus Telemedizin GmbH zum Einzug der fälligen Beiträge vom angegebenen Konto. Der Kontoinhaber hat mich bevollmächtigt, das SEPA-Lastschriftmandat zu erteilen.\*

**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.

**Gültigkeit:** Bis auf Widerruf für alle Bestellungen, die per SEPA-Lastschrift bezahlt werden.

**Widerrufsrecht:** Sie können die Bestellung binnen 14 Tagen ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen. Die Frist beginnt an dem Tag, an dem Sie die Bestellung erhalten, nicht jedoch vor Erhalt einer Widerrufsbelehrung gemäß der Anforderungen von Art. 246a § 1 Abs. 2 Nr. 1 EGBGB. Zur Wahrung der Frist genügt bereits das rechtzeitige Absenden Ihres eindeutig erklärten Entschlusses, die Bestellung zu widerrufen.

Gläubiger-ID-Nr. DE33ZZZ00001687854

Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ort, Datum \*

Unterschrift \*

\* Pflichtfeld

**Bitte beachten Sie:** Das SEPA-Lastschriftmandat muss auch bei Kostenübernahme durch die Pflegekasse als Sicherheit erteilt werden.