



azh Kd.-Nr. (Firmenstempel) _____

Name, Vorname: _____

Firmen-/Praxisname: _____

Anschrift: _____

IK-Nr.: _____

SEPA-Mandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00000080906

NOVENTI HealthCare GmbH, Geschäftsbereich azh Mandatsreferenznummer: Wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/wir ermächtige/n die NOVENTI HealthCare GmbH, Geschäftsbereich azh, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von NOVENTI HealthCare GmbH, Geschäftsbereich azh auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich/wir kann/können binnen von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

BIC _____

IBAN _____

Vor dem Einzug einer SEPA-Lastschrift wird die NOVENTI HealthCare GmbH, Geschäftsbereich azh mich/uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Privatabrechnung mit (nur auszufüllen, wenn Versicherter von Kontoinhaber abweicht).

Versicherter/Patient (Vor- und Nachname) _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

Datum, Ort und Unterschrift