

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE64ZZZ00000741449

Mandatsreferenz:

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Gesundheits- und Freizeitstudio, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Gesundheits- und Freizeitstudio auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.
Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Datum und Unterschrift Kontoinhaber