



HALL-MED-CARE GmbH \* Grenzstraße 19 \* 06112 Halle / Saale  
Tel.: 0345 - 24 98 09 14 \* Fax: 0345 - 24 98 09 15  
E-Mail: inko@hall-med-care.de

Gläubiger Identifikationsnummer:: DE22ZZZ00001821039

### SEPA - Lastschriftmandat

Mandatsreferenz  \_\_\_\_\_  
(= Kundennummer & Vorname, Nachname des Leistungsempfängers)

### Name und Anschrift des Kontoinhabers

Name, Vorname  \_\_\_\_\_

Straße Hausnr.  \_\_\_\_\_

PLZ / Ort:  \_\_\_\_\_

Ich ermächtige die HALL-MED-CARE GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der HALL-MED-CARE GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise:

- Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
- Die Einzugsermächtigung gilt für wiederkehrende Zahlungen, **einschließlich dieser und aller offenen Rechnungen.**

IBAN  DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_

BIC  \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_

bei Kreditinstitut  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

**Bitte die mit (X) gekennzeichneten Felder vollständig ausfüllen!**  
**Vielen Dank, Ihr HALL-MED-CARE TEAM**