

### ***Der einfachste Weg im Zahlungsverkehr***

Sehr geehrte Kundin,  
sehr geehrter Kunde,

zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs haben Sie die Möglichkeit, fällige Rechnungen durch Nutzung des Lastschriftverfahrens zu begleichen. Überweisungen machen Arbeit, diese nehmen wir Ihnen ab.

*Ihre Vorteile bei Lastschriften:*

- Größtmögliche Sicherheit
- achtwöchige Widerrufsfrist
- Vermeidung von Doppelzahlungen

Sie brauchen nur anhängende Einzugsermächtigung zu unterschreiben und an uns zurückzuschicken, alles andere erledigen wir gerne für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team von  
Beta-Med Michael Spicker e.K.

---

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Beta-Med Michael Spicker e.K. Gewerbering 3 82497 Unterammergau
---

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] DE13ZZZ00001837982	[Mandatsreferenz (ihre Kundennummer)]
--	---------------------------------------

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

Beta-Med Michael Spicker e.K., Gewerbering 3, 82497 Unterammergau
---

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers] Beta-Med Michael Spicker e.K., Gewerbering 3, 82497 Unterammergau
--

Auf mein/unser Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

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/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

[Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]	
[Kreditinstitut]	
[IBAN]	[BIC <sup>1</sup> ]

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die BIC mit DE beginnt

[Ort, Datum]	[Unterschrift (Zahlungspflichtiger)]
--------------	--------------------------------------

**Ausfertigung für Beta-Med Michael Spicker e.K.**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Beta-Med Michael Spicker e.K. Gewerbering 3 82497 Unterammergau
---

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] DE13ZZZ00001837982	[Mandatsreferenz (ihre Kundennummer)]
--	---------------------------------------

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

Beta-Med Michael Spicker e.K., Gewerbering 3, 82497 Unterammergau
---

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers] Beta-Med Michael Spicker e.K., Gewerbering 3, 82497 Unterammergau
--

Auf mein/unser Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

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/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

[Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]	
[Kreditinstitut]	
[IBAN]	[BIC <sup>1</sup> ]

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die BIC mit DE beginnt

[Ort, Datum]	[Unterschrift (Zahlungspflichtiger)]
--------------	--------------------------------------

**Ausfertigung für Zahlungspflichtigen**