SEPA-Lastschriftmandat

spospom GmbH (Abt. therafit), Baumschulenweg 6, 28213 Bremen

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE65ZZZ00000537537**

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

Die Abbuchung erfolgt zum 15. eines jeden Monats.

Hinweis: 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.

_____ __ __ __ __ __ __ __ __ | __ __ __
Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: **DE** __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __

Kontoinhaber/in:

_____
Name und Vorname

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

_____
Datum, Ort und Unterschrift

Diese SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Vertrag von:

_____
Name und Vorname