

## SEPA-Mandat

Sehr geehrte/r \_\_\_\_\_,

Sie haben sich für unsere Leistung **Projekt „CHROMO“ – Begleitung bei chronischen Erkrankungen** entschieden. Diese ärztliche Beratung wird sich für Sie lohnen. Um monatliche oder im Einzelfall Rechnungsstellungen zu vermeiden, können Sie ein Abonnement buchen, das Sie zu regelmäßigen, nicht mit Zusatzkosten verbundenen ärztlichen Beratungen, berechtigt.

Wenn Sie als Zahlungsart für die ärztliche Begleitung bei chronischen Erkrankungen das SEPA-Lastschriftmandat wählen, benötige ich von Ihnen Ihre Einwilligung.

---

Vorname

---

Nachname

---

Geburtsdatum

---

PLZ, Wohnort

---

Straße, Nr.

---

Telefon

---

Kreditinstitut

---

IBAN

---

BIC

Hinweis:

Ich ermächtige medi-ph-consult, Zahlungen mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von medi-ph-consult auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die von meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Sie haben das Recht, diese Vereinbarung innerhalb von 14 Tagen ohne Angaben von Gründen zu kündigen.

---

Ort, Datum

---

Vorname Nachname