

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate) für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren / SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Praxis für Kinesiologie und Naturheilkunde  
Ursula Lilienthal, Heilpraktikerin  
Helmholtzstr. 59  
65199 Wiesbaden**

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

**DE18ZZZ00001841190**

[Mandatsreferenz]

*Nummer erscheint auf der jeweiligen Rechnung*

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

**Ursula Lilienthal, Heilpraktikerin, Praxis für Kinesiologie und Naturheilkunde, 65199 Wiesbaden**

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

[Name des Zahlungsempfängers]

**Ursula Lilienthal, Heilpraktikerin, Praxis für Kinesiologie und Naturheilkunde, 65199 Wiesbaden**

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)**

**Kreditinstitut**

**BIC<sup>1</sup>**

**IBAN**

**DE**

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Das Mandat gilt **nur** für die Abrechnung der Leistungen zur aktuellen heilpraktischen Behandlung am \_\_\_\_\_

Das Mandat gilt **nur** für die Abrechnung der Leistungen zur aktuellen Veranstaltung am \_\_\_\_\_

Das Mandat gilt für die Abrechnung der Leistungen aller zukünftigen  heilpraktischen Behandlungen /  Veranstaltungen.

**Ort, Datum**

**Unterschrift (Zahlungspflichtiger)**

**Ausfertigung für Zahlungsempfänger (Praxis) / Zahlungspflichtigen (Patient/Teilnehmer)**