GOLDSCHMIDT & LABNER
VERSICHERUNGSMAKLER

SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT

KUNDE

Vor-/Nachname: _____

Geb.-Datum/FN: _____

Beruf/Firma: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Kontoführendes Institut: _____

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ZAHLUNGSEMPFÄNGER

GLVM OG
Goldschmidt & Labner Versicherungsmakler
Wiegelestraße 34 / Objekt 1
1230 Wien
Gisa-Zahl: 31136549

Creditor-ID: AT43ZZZ00000065219

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die GLVM OG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der GLVM OG auf mein/unser Konto eingezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

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.

Ort/Datum: _____

_____
Unterschrift Kunde

IHR VERSICHERUNGSMAKLER
DIE BESTE VERSICHERUNG