



SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT WIEDERKEHRENDE ZAHLUNGEN

Gläubiger-Identifikationsnummer DE81ZZZ00002307790	Mandatsreferenz (= Betriebsnummer): BN _ _ _ _ _
--	--

Ich/Wir ermächtige(n) die Mirion Medical GmbH Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Mirion Medical GmbH, 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.

Name des zahlungspflichtigen Kunden	
E-Mail-Adresse des Kunden	
Straße und Haus-Nr.	
PLZ und Ort	
Kontoinhaber	
Kontonummer	
Bankleitzahl	
IBAN	
Swift-BIC	
Kreditinstitut	

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Kontoinhabers bzw. der
zeichnungsberechtigten Person (Firmenstempel))

Es gelten unsere aktuellen AGB, abrufbar unter awst.mirion.com/service/agb

