

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Für Ihre zukünftigen Rechnungen können Sie uns gerne eine Einzugsermächtigung ausstellen. Hierzu füllen Sie bitte das Formular aus und schicken dieses mit dem beiliegenden Freiumschlag an folgende Adresse:

CORONA Medical Vertriebs GmbH  
Postfach 1427  
50378 Wesseling



- Diabetikerbedarf
- Enterale Ernährung
- Inkontinenz
- Stoma
- Gerinnungsmonitore
- Katheter
- Wundversorgung

**Gläubiger-Identifikations-Nummer: DE86ZZZ00000620773**

### **SEPA-BASIS-Lastschriftmandat**

**Referenznummer (= Kundennummer): .....-0001**

Ich ermächtige die Corona Medical Vertriebs GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Corona Medical Vertriebs GmbH auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann die Erstattung des Betrages innerhalb von 8 Wochen, beginnend ab Belastungsdatum, verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

NAME und VORNAME Kontoinhaber, falls abweichend

---

Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort

---

Telefon Mobil

---

E-Mail:

---

Mein Kreditinstitut

---

Meine IBAN BIC

---

Meine Kontonummer (max. 10 Stellen) Bankleitzahl

---

Datum und Ort Unterschrift