

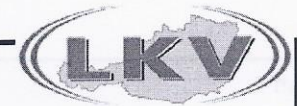
An <b>Qualitätslabor St. Michael</b> Bundesstraße 59, 8770 St. Michael/O. Creditor-ID: AT23ZZZ00000049186	<b>SEPA-Lastschrift-Mandat</b>  <b>Nur bei erstmaliger Probeneinsendung bzw. Datenänderung ausfüllen!</b>
IBAN  AT . . . - . . . . . - . . . . . - . . . . .	BIC
Kundenwunsch	
<input type="checkbox"/> Neu <input type="checkbox"/> Änderung <input type="checkbox"/> Widerruf	
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen Name des Zahlungsempfängers, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Name des Zahlungsempfängers auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.</p> <p>Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>	
Ort, Datum	Unterschrift(en) des (der) Kontozeichnungsberechtigten

An <b>Qualitätslabor St. Michael</b> Bundesstraße 59, 8770 St. Michael/O. Creditor-ID: AT23ZZZ00000049186	<b>SEPA-Lastschrift-Mandat</b>  <b>Nur bei erstmaliger Probeneinsendung bzw. Datenänderung ausfüllen!</b>
IBAN  AT . . . - . . . . . - . . . . . - . . . . .	BIC
Kundenwunsch	
<input type="checkbox"/> Neu <input type="checkbox"/> Änderung <input type="checkbox"/> Widerruf	
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen Name des Zahlungsempfängers, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Name des Zahlungsempfängers auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.</p> <p>Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>	
Ort, Datum	Unterschrift(en) des (der) Kontozeichnungsberechtigten



Batch		Probenbegleitschein Trächtigkeitstest			KO:
LFBIS Handynummer/ Mailadresse nur bei Ersteinsendung oder Änderung	NR.	Lebensnummer	Name	Belegdatum	Unterschrift Auftraggeber
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				

Verrechnung erfolgt ausschließlich über Bankeinzug  
Untersuchungsmethode außerhalb des akkreditierten Bereiches



Batch		Probenbegleitschein Trächtigkeitstest			KO:
LFBIS Handynummer/ Mailadresse nur bei Ersteinsendung oder Änderung	NR.	Lebensnummer	Name	Belegdatum	Unterschrift Auftraggeber

Verrechnung erfolgt ausschließlich über Bankeinzug  
Untersuchungsmethode außerhalb des akkreditierten Bereiches