

Hiermit ermächtige ich die IHC-Company S.A., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

I hereby authorize IHC-Company S.A., to charge payments from my bank account.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Note: As part of my rights, i am entitled to a refund from my bank under the terms and conditions of my agreement with my bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which my account was debited.

Versicherungsnummer / Policy number (=Mandatsreferenz)
Name der Bank / name of the bank
BIC
IBAN

Name und Anschrift des Kontoinhabers: Name and address of account holder:
--

Unterschrift des Kontoinhabers / signature of account holder

Datum / Date

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger): **Sieghart K. Herter, Josef-Feuser-Str. 30, 50189 Elsdorf**
Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) : **DE38ZZZ00000126549**

**IHC-Company S.A.
Schulstr. 23**

27419 KLEIN MECKELSEN

**Bitte Rückseite faxen / Please fax the reverse (040 / 3296 3117)
oder im Fensterumschlag senden / or send it in a window envelope**