

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige Europe Dental Distribution GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Europe Dental Distribution GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandatsreferenz: (Ihre Kundennummer)

Zahlungsempfänger

Firmenname: Europe Dental Distribution GmbH
 Adresse: Hauptstraße 44
 Postleitzahl: 65719
 Ort: Hofheim am Taunus
 Land: Deutschland
 IDNr: DE61ZZZ00000159406

Ihre Daten

Firmenname: _____
 Vorname und Name: _____
 Adresse: _____
 Postleitzahl: _____ Ort: _____
 Land: _____
 IBAN: _____
 BIC: _____

Unterschrift

Name: _____
 Ort: _____
 Datum: _____ Unterschrift: _____