

SEPA-Basis-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfänger:

Mälzer Dental GmbH & Co. KG, Schlesierweg 27, 31515 Wunstorf

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE06ZZZ00002320198

Mandatsreferenz/Kundennummer

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Firma Mälzer Dental GmbH & Co. KG widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit vom unten angegebenen Konto einzuziehen. Mir/uns ist bekannt, dass der Einzug sofort nach Rechnungserhalt erfolgt und Teileinlösungen nicht vorgenommen werden. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Mälzer Dental auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann ich/wir die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bitte Sie, die zurzeit offenen Beträge abzubuchen

Firmenname

Kontoinhaber

Straße

PLZ & Ort

Name des Kreditinstituts

Straße des Kreditinstituts

PLZ & Ort des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Datum & Ort

Unterschrift & Firmenstempel