

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA -Lastschriftmandats

• Zahlungsart für wiederkehrende Zahlungen

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE64ZZZ00001942988
Mandatsreferenz: _____ (ihre Kundennummer)
Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Med-Dent24, Gotenweg 7, 63128 Dietzenbach

Einzugsermächtigung:

- Ich ermächtige die Med-Dent24 widerruflich, die von mir zu entrichteten Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

- Ich ermächtige die Med-Dent24, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Med-Dent24 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.

Anrede/Titel

Vorname/Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail

Kontoinhaber (falls abweichend): _____

Kreditinstitut (Name): _____

BIC: _____

IBAN-Nr.: _____

Ort, Datum

Unterschrift(en)