

SEPA-Lastschriftmandat



Rücksendeanschrift

dental bauer GmbH
Ernst-Simon-Straße 12
72072 Tübingen

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE78ZZZ00002694292

Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung

Ich/Wir ermächtige(n) die dental bauer GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der dental bauer GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Die für den SEPA-Lastschrifteinzug erforderliche Mandatsreferenz wird Ihnen in einem separaten Schreiben mitgeteilt. Die Vorabankündigung (Pre-Notification) erfolgt spätestens drei Tage vor dem jeweiligen Belastungsdatum.

Angaben zum Kontoinhaber

Bitte vollständig ausfüllen, unterschreiben und an uns zurücksenden.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers