

EINZUGS ERMÄCHTIGUNG

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige hiermit die Firma DentalService24, Inhaber Klaus-Walter Schwind, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von DentalService24 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.

.....
Vorname / Nachname / und Name der Praxis

.....
Straße / Hausnummer

.....
Postleitzahl / Ort

.....
Name der Bank (ggf. BIC)

DE _____
IBAN Nummer

.....
Ort / Datum / rechtsverbindliche Unterschrift / Praxis Stempel