

Name und Anschrift des Kontoinhabers	Kundennummer:

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch das SEPA-Lastschriftmandat

An (Zahlungsempfänger)
NETdental GmbH
Oldenburger Alle 4
30659 Hannover

Gläubiger ID Nummer:
DE72ZZZ00000435561

Hiermit ermächtige(n) ich / wir Sie widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift einzuziehen:

BEZ	Bankeinzug aller Rechnungen
	Bankeinzug aller fälligen Ratenzahlungen
<hr/>	
zu Lasten meines / unseres Kontos	
IBAN	
BIC	
<hr/>	
Name des Kreditinstituts	

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

DV erfasst: Unterschrift/Datum