

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

zu Lasten meines / unseres Kontos

IBAN

BIC

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