HENRY SCHEIN®
DENTAL

Fax: 089 - 97899-144

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz/Kundennummer: _____

ZAHLUNGSEMPFÄNGER: **Henry Schein Dental Deutschland GmbH**
Monzastrasse 2a, 63225 Langen
Creditor-ID: **DE02ZZZ00000314892**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Henry Schein Dental Deutschland GmbH, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Henry Schein Dental Deutschland GmbH auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann/Wir 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.

Name: _____

Anschrift: _____

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC: | | | | | | | | | | |

Offene Posten vor dem Datum der Unterschrift sollen ebenfalls abgebucht werden:

o ja o nein

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Hotline: 0800 - 140 00 44