WOLF+HANSEN
Dental-Depot

ERMÄCHTIGUNG ZUM SEPA-BASIS-LASTSCHRIFTMANDAT
für EINMALIGE ZAHLUNGEN

Dental-Depot Wolf+Hansen, Dental-Medizinische Großhandlung GmbH
Schönhauser Allee 188
10119 Berlin
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE79ZZZ00000071394

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT
Dental-Depot Wolf+Hansen – Kundennummer (Mandatsreferenz)

_____

Ich ermächtige (wir ermächtigen) die Firma Dental-Depot Wolf+Hansen, Dental-Medizinische Großhandlung GmbH, Schönhauser Allee 188, in 10119 Berlin, EINMALIG EINE ZAHLUNG von meinem Konto (unserem Konto) mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich (weisen wir) mein Kreditinstitut (unser Kreditinstitut) an, die von der Dental-Depot Wolf+Hansen Dental Medizinische-Großhandlung GmbH, auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname, Name bzw. Firmenbezeichnung (Kontoinhaber)

_____

Straße und Hausnummer

_____

Postleitzahl und Ort

_____

IBAN

D	**E**																						

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort, Datum

_____

Stempel + Unterschrift

_____