



WOLF+HANSEN
Dental-Depot

**ERMÄCHTIGUNG ZUM EINZUG VON FORDERUNGEN DURCH LASTSCHRIFT
per VISA-Card/MasterCard/Amex**

Name und Anschrift des Karteninhabers:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir das nachfolgende Unternehmen:

Dental-Depot Wolf+Hansen,
Dental-Medizinische Großhandlung GmbH
Schönhauser Allee 188
10119 Berlin
Tel.: 030 440403-0
Fax: 030 440403-77
E-Mail: buchhaltung@wolf-hansen.de

Widerruflich bis auf weiteres alle fälligen Rechnungsbeiträge meiner / unserer nachfolgenden VISA-Card/MasterCard

Kartenummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

gültig bis: _____ zu belasten.

(Monat/Jahr)

Wir bestätigen hiermit gleichzeitig, dass wir dem Unternehmen rechtzeitig vor Ablauf der oben genannten Kreditkarte die neue Kartenummer und/oder Kartenwechsel bzw. den neuen Gültigkeitszeitraum mitteilen werden.

Ort, Datum

Stempel + Unterschrift
