

SEPA Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich DentalXL laufende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.*
Zugleich weise ich meine Bank an, die von DentalXL auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.
Hinweis: ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsempfänger

Firmenname: DentalXL BV
Adresse: Bedrijfsweg 4
Postleitzahl: 5061 JZ
Ort: Oisterwijk, Niederlande
IDNr: DE23ZZZ00002126280
Zahlungsreferenz: Ihre Kundennummer

Ihre Daten

Firmenname:
Adresse:
Postleitzahl: Ort:
IBAN:
BIC:

Unterschrift

Name:
Datum: Unterschrift:

Wir ersuchen Sie dieses Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben per E-mail: info@dentalxl.de
oder per Post: Girmesgath 5 C1, 47803 Krefeld an uns zu retournieren.

* Die offenen Beträge werden mit Berücksichtigung eventueller Gutschriften ca. in der ersten oder zweiten Woche jedes Folgemonats eingezogen.