

SEPA-Lastschriftmandat

**FAX NUMMER: 089 – 954 586 585 oder
eMail: info@denteris.de**

Bitte ankreuzen: einmalige SEPA-Vollmacht wiederkehrende SEPA-Vollmacht

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE7ZZZ00002149066

Mandatsreferenz: _____

(wird von denteris eingetragen)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: denteris GmbH, Grietgasse 11, 07743 Jena

Ich ermächtige die denteris GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der denteris GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Ort**Datum****Unterschrift/Stempel**

Als online.dental.depot verkaufen wir ausschließlich an Praxen, Kliniken, Dentallabore und an unsere Handelspartner.