

Henry Schein Medical GmbH · Alt-Moabit 96b · D-10559 Berlin

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz/Kundennummer: _____

ZAHLUNGSEMPFÄNGER:

Henry Schein Medical GmbH

Alt-Moabit 96b, 10559 Berlin

Creditor-ID:

DE55ZZZ00000314908

Ich ermächtige/Wir ermächtigen Henry Schein Medical GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Henry Schein Medical 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:

[illegible]

BIC:

[illegible]

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

☐ ja☐ nein

Ort, Datum

Unterschrift