FAX: 0800 / 888 777 8
E-Mail: info@henryschein-med.de

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz/Kundennummer: _____

ZAHLUNGSEMPFÄNGER: **Henry Schein Medical GmbH**
Alt-Moabit 90b, 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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC: | | | | | | | | | | | |

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

o ja o nein

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift