

dental bauer GmbH
Ernst-Simon-Str. 12



72072 Tübingen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE86ZZZ00000011031
Zahlungsart: Wiederkehrender Einzug

SEPA-Lastschrift-Mandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die dental bauer GmbH Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an, die von der dental bauer GmbH auf mein / unser 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.

Die für den SEPA-Lastschrifteinzug erforderliche Mandatsreferenznummer wird mit separatem Schreiben mitgeteilt. Die Vorabankündigung (Pre-Notification) erfolgt spätestens drei Tage vor dem jeweiligen Belastungsdatum.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

DE _____
IBAN

BIC

Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers