PROMED
IHR DENTAL-DISCOUNT

Promed
Vertriebsgesellschaft mbH
Tarpen 40/Haus 7B
22419 Hamburg

Fax: 0800 / 800 88 33

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Praxisstempel/Anschrift:

Kunden-Nr.:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE71ZZZ00000314911

Hiermit ermächtige/n ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen der von mir/uns bestellten Waren bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos einzuziehen.

IBAN Nummer:

BIC Nummer:

bei meinem/unserem Kreditinstitut (genaue Bezeichnung):

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.
Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.
Offene Posten vor dem Datum der Unterschrift sollen ebenfalls abgebucht werden.

Ja ☐ Nein ☐

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift: