...weber dental

Weber Dental GmbH
Sigmaringer Str. 258
70597 Stuttgart

Wir benötigen das unterzeichnete Formular!

Bitte senden Sie diesen Vordruck mit Fax oder als Brief im Fensterumschlag zurück.

Fax: 0711 726 723-90

Eine elektronische Übermittlung (E-Mail / Scan / PDF) ist nach den SEPA Richtlinien nicht gültig, vorab aber möglich.
E-Mail: bestellung@weber-dental.de

SEPA-Basislastschrift (Core)-Mandat

Zahlungsempfänger: Weber Dental GmbH, Sigmaringer Str. 258, 70597 Stuttgart

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE29ZZZ00000141455

Mandatsreferenz: _____ *(Als Mandatsreferenz verwenden wir Ihre Kundennummer)*

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den oben genannten Zahlungsempfänger, wiederkehred alle Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich/wir wünschen unsere Zahlungen einzuziehen

☐ 10 Tage nach Erhalt der Rechnung, abzüglich 3 % Skonto
☐ 30 Tage nach Erhalt der Rechnung, ohne Abzug.

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Vorname und Name/Firma: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Kreditinstitut (Name): _____

IBAN: _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

BIC: _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _

Ort, Datum _____

Unterschrift/en _____