

FAX: 0800 / 718 19 61 - 23

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz/Kundennummer: _____

ZAHLUNGSEMPFÄNGER: **Henry Schein Medical Austria GmbH**
1120 Wien, Schönbrunner Straße 297
Creditor-1D: **AT03ZZZ00000002986**

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

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift