ANLEITUNG:

1. Schritt: Formular ganz bequem am Bildschirm ausfüllen
2. Schritt: Formular über den Button "Formular drucken" ausdrucken
3. Schritt: Unterschreiben und zurücksenden (per FAX, E-Mail oder Post)

Alternativ können Sie das Lastschriftmandat natürlich auch wie gewohnt ausdrucken und per Hand ausfüllen.

CUTDENTAL
SCHNELL UND DIREKT

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

für wiederkehrende Zahlungen mit:
(bitte entsprechend ankreuzen)

☐ Tagesrechnung ☐ Monatsrechnung

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

CUT Dental GmbH
Aarstraße 85
65232 Taunusstein

Gläubiger-ID: DE78ZZZ00000390348

Name und Anschrift des Kontoinhabers / Stempel

Mandatsreferenz:

Hiermit ermächtige(n) ich / wir die CUT Dental GmbH, die fälligen Beträge aus

Verpflichtungsgrund, evtl. Betragsbegrenzung

Lieferungen und Leistungen

von meinem / unserem Konto mit der

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen)

durch Lastschrift einzuziehen.
(Eine schriftliche Vorankündigung erhalte(n) ich / wir 3 Tage vor Fälligkeit der Lastschrift.)

Zugleich weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an, die von der CUT Dental GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Des Weiteren ermächtige ich Sie alle bis heute noch nicht beglichenen Beträge von oben genanntem Konto einzuziehen *(Abschnitt bitte streichen, sofern nicht gewünscht).*

Hinweis: Ich / Wir kann / 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.

Ort, Datum	Unterschrift(en)

Bitte beachten Sie, dass das Mandat nur mit Datum und Unterschrift gültig ist!

Formular drucken