

Absender:

– Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen –

DeguDent GmbH
Abteilung F-CS
Postfach 13 64

63403 Hanau

Telefax-Nr. 06181/59-8511

Name
Firmenbezeichnung
Straße
PLZ / Ort
Kunden-Nummer

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige(n) ich/wir* Sie bis auf Widerruf, die von mir/uns* zu entrichtenden Zahlungen zum Ausgleich Ihrer Rechnungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres* Bankkontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Sobald sich die Bankverbindung ändert, wird dies der DeguDent GmbH rechtzeitig mitgeteilt.

*) Nichtzutreffendes bitte streichen

Konto-Nr.	Bankleitzahl
Geldinstitut	

Wenn mein/unser* Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Sollte eine Abbuchung aus einem von DeguDent nicht zu vertretenden Grund nicht ausgeführt werden, so trägt der Kunde die anfallenden Gebühren der Kreditinstitute.

- Diese Ermächtigung gilt auch für bereits bestehende Rechnungen
- Diese Ermächtigung gilt ab dem
- Änderung der Bankleitzahl

Ort und Datum

Firmenstempel und Unterschrift

Bearbeitungsvermerk DeguDent GmbH, Abteilung F-CS

Datum / Unterschrift

Verteiler:

1 = zurück an DeguDent GmbH, Abt. F-CS

2 = zurück an DeguDent GmbH, Abt. F-CS zur Weiterleitung an VC

3 = Kunde