

Bitte füllen Sie die Formularfelder vollständig aus und senden Sie das Formular unterschrieben im Original an uns zurück

Mandatsreferenz
(wird von designdental ausgefüllt)

Ich/ Wir ermächtige(n) designdental von meinem/ unserem Konto Beträge mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von designdental auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin/Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin/Wir sind berechtigt, mein/unser Kreditinstitut bis zu Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT FÜR WIEDERKEHRENDE ZAHLUNGEN

Kundendaten

Kontoinhaber (Name, Vorname oder Firma)

Kundennummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Stadt

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift