medical Praxisbedarf GmbH

Bahnhofstraße 16
74072 Heilbronn
Telefon 07131-280730
Telefax 07131-280644
e-mail info@medical-praxisbedarf.de
www.medical-praxisbedarf.de

medical Praxisbedarf GmbH ■ Bahnhofstraße 16 ■ 74072 Heilbronn

_____
Anrede

_____
Name

_____
Straße

_____
Ort

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die medical Praxisbedarf GmbH, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der medical Praxisbedarf GmbH auf mein/ unser Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Dafür erstattet die medical Praxisbedarf GmbH Ihnen 2% Skonto auf den Rechnungsbetrag.

Die Vereinbarung gilt bis auf Widerruf.

IBAN:

Kreditinstitut:

_____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift, Stempel