

SEPA Basis-Lastschriftmandat

Für wiederkehrende Zahlungen

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

PAVEAS Dental GmbH & Co. KG
Bahnhofstraße 24-26

56068 Koblenz

Gläubiger-ID: DE91PAV00000054882

Name und Anschrift des Kontoinhabers (ggfs. Stempel)

Mandatsreferenz:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir PAVEAS, die fälligen Beträge

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 postalisch oder per E-Mail.)

Gleichzeitig weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an, die von PAVEAS auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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 / unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

--

Unterschrift(en)

--