

Einzugsermächtigung

zaehne-guenstiger.de

Georg-August-Zinn-Straße 90

64823 Groß-Umstadt

Fax: +49 (0) 60 71 / 42 07 34

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben ermächtige ich das Dentallabor zaehne-guenstiger.de bis auf Widerruf, alle fälligen Rechnungsbeträge von meinem unten angegebenen Konto abzubuchen.

Zahnarztpraxis: _____

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Bank: _____

Kontoinhaber: _____

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel



zaehne-guenstiger.de