Sepa-Basislastschrift-Mandat

ODS GmbH
Dorfstraße 5f
24629 Kisdorf

Hiermit ermächtige ich,

_____
(Titel, Name, Vorname, Anschrift des Zahlungspflichtigen)

_____

_____

_____

die Firma

ODS GmbH
Dorfstraße 5f
24629 Kisdorf
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74ZZZ00000626130

◯ **einmalig** ◯ **wiederkehrend**

bis auf weiteres alle fälligen Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift abzüglich 1% Skonto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die o.g. Zahlungsempfänger auf mein Konto bezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN:

BIC:

Kontoführendes Kreditinstitut: _____

Hinweis: Ich bin berechtigt, von meinem kontoführenden Kreditinstitut eine Rückerstattung des eingezogenen Betrages innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Tag, an dem mein Konto belastet wurde, zu verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bitte senden Sie uns dieses Formular vollständig ausgefüllt zurück.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden können. Ich kann der Nutzung meiner Daten zu Zwecken der Bezahlung jederzeit schriftlich oder per Mail widersprechen.

_____

Ort, Datum Rechtsverbindliche Unterschrift / Stempel

ODS GmbH
Dorfstraße 5f
24629 Kisdorf
GERMANY

TEL +49 (0) 4193 96 59 81-0
FAX +49 (0) 4193 96 59 81-17
MAIL info@orthodent.de
WEB www.orthodent.de

Geschäftsführer / Managing Director
Corinna Denecke, Roman Denecke
Handelsregister Bad Segeberg HRB 1288
USt-IdNr. DE 812671700

UniCredit HypoVereinsbank
IBAN DE06 2003 0000 0006 6369 48
BIC HYVEDEMM300

Kaltenkirchener Bank
IBAN DE53 2179 1906 0000 4334 38
BIC GENODEF1WYK

UniCredit Bank Austria
IBAN AT16 1100 0048 8452 6700
BIC BKAUATWW