

Ermächtigung der Kreditkartenbelastung

DENSION Dental GmbH & Co. KG
Buchhaltung
Berliner Straße 40
63065 Offenbach

Titel, Name, Vorname des Kreditkarteninhabers

Straße

PLZ/Ort

| | | | | | | |
DENSION Dental Kundennummer

Ich möchte bis auf Weiteres alle zukünftigen Rechnungsbeträge mit meiner Kreditkarte bezahlen.
Zu diesem Zweck ermächtige ich hiermit die DENSION Dental GmbH & Co. KG widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit meiner Kreditkarte zu belasten:

Kreditkarte: American Express

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
Kreditkartennummer

M	M	J	J
---	---	---	---

Gültig bis (MM/JJ)

Eine Umstellung Ihrer bisherigen Zahlungsarte bei der DENSION Dental GmbH & Co. KG kann nur nach Erhalt der Einzugsermächtigung erfolgen. Weitere Informationen zur Kartenbestellung erhalten Sie dann direkt im Anschluss von der DENSION Dental GmbH & Co. KG.

Ich werde der DENSION Dental GmbH & Co. KG rechtzeitig vor Ablauf der oben genannten Kreditkarte die neue Kartennummer und/oder den neuen Gültigkeitsraum mitteilen.

PKN**

**PKN Nummer (Nummer wird durch DENSION Dental GmbH & Co. KG eingetragen)

Ort, Datum

Unterschrift des Kreditkarteninhabers

Praxis-/ Laborstempel