

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich, _____ TRI Dental
Implants Direct GmbH, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch
Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Name Zahlungsdienstleister (Bank): _____

IBAN: _____

BIC/SWIFT: _____

Name des Kontoinhabers: _____

Unterschrift des Kontoinhabers: _____

*Sollte das Konto zum Abbuchungszeitpunkt die erforderliche Deckung nicht aufweisen oder eine
nicht gerechtfertigte Rückbuchung ausgeführt werden, bleibt die Forderung weiterhin bestehen
zuzüglich anfallender Bearbeitungsgebühren. Die Abbuchung erfolgt innerhalb 2 Wochen nach
Versanddatum.*

Ich stimme hiermit den Allgemeinen Geschäftsbedingungen von TRI Dental Implants Direct GmbH
zu (<http://www.tri-implants.com/de-de/content/termsandconditions/agbs.aspx>).

Unterschrift: _____

Datum: _____

**Bitte senden Sie das ausgefüllte & unterzeichnete Formular an die unten stehende Adresse oder via Fax
an die Nummer +41 32 510 1601**