

AUSWAHL ZAHLUNGSART

PER FAX AN: +49 228 286206-972

RECHNUNGS- / LIEFERADRESSE

Name / Praxis / Firma:

SICAT Kundennummer:

Straße / Hausnummer:

Telefon:

PLZ / Ort:

Fax:

Land:

Email:

Ansprechpartner:

Ust.-ID:

AUSWAHL DER ZAHLUNGSART

Kreditkarte

MasterCard

VISA

American Express

Karteninhaber:

Gültig bis:

Kartenummer:

SEPA-Lastschriftmandat (nur für Kunden innerhalb Deutschlands)

Ich ermächtige die SICAT GmbH & Co. KG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SICAT GmbH & Co. KG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. **Gläubiger-Identifikationsnummer: DE510000000851002 | Die Mandatsreferenz teilen wir Ihnen auf der Rechnung mit.**

Kontoinhaber:

(Vor- und Nachname)

Straße / Hausnr.:

IBAN: DE

PLZ / Ort:

BIC:

UNTERSCHRIFT

Datum

Unterschrift