

Dauer- Abbuchungsauftrag für Lastschriften

von:

an:..... (Anschrift Ihrer Bank- Filiale)

.....

.....

Hiermit bitten wir Sie widerruflich, die von der
Aurum Dental Trading GmbH
Lesumer Heerstrasse 36
D- 28 717 Bremen

für uns bei Ihnen eingehenden Lastschriften zu Lasten unseres Kontos

Nr.

einzulösen.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

.....,den

.....

Stempel und Unterschrift