

Mandat de domiciliation européenne SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Dental Discount SA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Dental Discount SA.

Vous bénéficiez d'un droit au remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Vous pouvez obtenir auprès de votre banque des informations sur vos droits dans le cadre de ce mandat.

Identification du mandat: (votre numéro de client)

Coordonnées encaissant

Nom: Dental Discount SA
Adresse: Boite Postale 62
Code Postal: B-2370
Ville: Arendonk
Pays: Belgique
Identification du créancier: BE13ZZZ0445781019

Vos coordonnées

Nom (d'entreprise): _____
Nom et Prénom: _____
Adresse: _____
Code Postal: _____ Ville: _____
Pays: _____
IBAN: _____
BIC: _____

Signature

Nom: _____
Localité: _____
Date de signature: _____ Signature: _____

Merci de remplir, signer et de nous retourner ce formulaire par e-mail à vente@dentaldiscount.com ou par fax à 03 – 226 45 16.
Vous pouvez aussi nous le retourner par la poste à Boite Postale 62 B-2370 Arendonk.

Dental Discount S.A.

Postbus/Boite postale 62
B-2370 Arendonk

Tel.: 03 - 226 60 22
Fax: 03 - 226 45 16

verkoop@dentaldiscount.com
vente@dentaldiscount.com

IBAN: BE06 4024 0592 8122
BIC: KREDBEBB

RPR Tongeren RPM
BTW BE 0445.781.019 TVA