

Elektronischer Rechnungsversand

Hiermit erklärt sich unser Unternehmen bereit, die Rechnungen der Topcon Europe Medical B.V. ab sofort in elektronischer Form zu erhalten.

Email-Adresse für den Empfang elektronischer Rechnungen:	
Ort, Datum	Firmenstempel/ Unterschrift

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandat

Wiederkehrende Zahlungen/ Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger) Topcon Europe Medical B.V. Essebaan 11 2908 LJ Capelle A/D Ijssel Niederlande	Name und Anschrift des Kontoinhabers
Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) NL81ZZZ43800560000	Mandatsreferenz

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers] Topcon Europe Medical B.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut	
BIC ¹	IBAN

Ort, Datum	Firmenstempel/ Unterschrift
------------	-----------------------------

Vor dem Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift werden Sie mich/uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.