

Ermächtigung zur Belastung der American Express Business Card

Bitte vollständig zurückfaxen an 069 9797-2750

Hiermit ermächtige ich,

Titel

Name, Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

das

Dentaldepot/Labor

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

bis auf weiteres alle fälligen Rechnungsbeträge meiner American Express Business Card

Kartennummer:

3	7																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gültig bis _____ (Monat/Jahr) **zu belasten.**

Ich werde oben genanntem Dentaldepot/Labor rechtzeitig vor Ablauf der oben genannten Kreditkarte die neue Kartennummer und/oder den neuen Gültigkeitszeitraum mitteilen.

Ort / Datum

Unterschrift des Kartenmitgliedes

Sollte die Kartennummer American Express zum heutigen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, erkläre ich mich mit der Unterzeichnung der Einzugsermächtigung einverstanden, dass American Express meine Kartennummer nach Genehmigung meiner Karte einträgt und die Einzugsermächtigung an das Depot/Labor schickt, damit meine Umsätze bei dem Depot/Labor von nun an über die American Express Business Card abgerechnet werden können.