

Nordwest Dental GmbH & Co. KG  
Sekretariat der Geschäftsführung  
persönlich - vertraulich -  
Schuckertstraße 21

## Ermächtigung zur Kreditkartenbelastung

NWD Kundennummer

.....  
Titel, Name, Vorname des Kreditkarteninhabers

.....  
Straße

.....  
PLZ/Ort

Ich möchte bis auf Weiteres alle zukünftigen Rechnungsbeträge mit meiner Kreditkarte bezahlen. Zu diesem Zweck ermächtige ich hiermit die Firma Northwest Dental GmbH & Co. KG widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit meiner Kreditkarte zu belasten:

Kreditkarte: American Express Mastercard

Kreditkartennummer:

Gültig bis:  
(MM/JJ)

Eine Umstellung Ihrer bisherigen Zahlungsart bei der Northwest Dental GmbH & Co. KG kann nur nach Erhalt der Einzugsermächtigung erfolgen. Weitere Informationen zur Kartenbelastung erhalten Sie dann direkt im Anschluss von der NWD.

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

PKN\*\*

\*\*PKN Nummer (Nummer wird durch NWD eingetragen)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Kreditkarteninhabers