



Ja, ich möchte bequem in Raten per Lastschrift zahlen

Bitte diese komplett ausgefüllte Antwort-Karte abtrennen und im Fensterkuvert an rückseitige Anschrift senden oder einfach bei Ihrem Zahnarzt abgeben. Sie erhalten von uns – ausreichende Bonität vorausgesetzt – umgehend eine Ratenzahlungsvereinbarung.

Rechnungsempfänger

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Telefon

Rechnungsnummer

Rechnungsbetrag

Zahlungsweise

Ich möchte meine Rechnung in Monatsraten bequem per Lastschrift zahlen.

Ort, Datum, Unterschrift des Rechnungsempfängers