

KREDITKARTEN-VOLLMACHT / CREDIT CARD AUTHORIZATION FORM

dentalline GmbH & Co. KG
Goethestraße 47
75217 Birkenfeld
Germany

Kreditkarten-Informationen / Credit Card Information

Kreditkarte / Credit Card

☐ **Mastercard** ☐ **VISA** ☐ **American Express**

Name des Karteninhabers / Cardholder Name

Kreditkartennummer / Credit Card Number

Prüfziffer (CVV) / Security Code (CVV)

Ablaufdatum (MM/JJ) / Expiration Date (MM/YY)

Ermächtigung / Authorization

Hiermit ermächtige ich die Firma dentalline GmbH & Co. KG, alle zukünftigen Zahlungen im Zusammenhang mit unseren geschäftlichen Transaktionen von oben genannter Kreditkarte abzubuchen. Ich bestätige, dass ich der rechtmäßige Inhaber der oben genannten Kreditkarte und somit berechtigt bin, diese Transaktionen zu autorisieren. Diese Ermächtigung bleibt gültig, bis sie von mir schriftlich widerrufen wird.

I hereby authorize dentalline GmbH & Co. KG to charge all future payments related to our business transactions to above credit card. I confirm that I am the legal holder of the above-mentioned credit card and therefore have the right to authorize these transactions.

Datum / Date

Ort / Location

Praxis-Information / Practice Information

Praxis / Practice

Kundennummer / Customer number

Straße, Hausnummer / Street, Number

PLZ / ZIP Code

Stadt / City

Land / Country

Praxisstempel/-Anschrift / Practice Stamp / Address

Unterschrift / Signature

Hinweis: Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben an **info@dentalline.de** oder per Fax an **+49 7231 9781-15**.
Note: Please send this completed and signed form to **info@dentalline.de** or via fax to **+49 7231 9781-15**.

