

Blitz-Debitorenlimitanfrage für Neukunden **bis Limit 20.000,00 €**

Fax-Nummer: 04454/97888-19

Name, Vorname des Zahnarztes:

Anschrift der Zahnarztpraxis:

Zahlungsziel:

30 Tage 60 Tage 90 Tage Tage

Skontierung:

Nein Ja Tage.....%

Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Mandant

Stellungnahme von m&m Dental-Factoring GmbH & Co. KG

genehmigt genehmigt in Höhe von€ nicht genehmigt