

Suoraveloitusvaltakirja

VALTAKIRJA Suoraveloitus  
FULLMAKT Direktdebitering

**LASKUTETTAVA FAKTURAMOTTGARE**

Laskutettava nimi, jakeluosoite, postinumero ja osoitetoimipaikka  
Fakturamottagarens namn, utdelningsadress, postnummer och adressanstalt

**LASKUTTAJA FAKTURERARE**

Laskuttajan nimi Fakturerarens namn <b>KESKI-KOTKAN APTEEKKI</b>	Y-tunnus FO-nummer
Jakeluosoite Utdelningsadress <b>KESKUSKATU 31</b>	
Postinro Postnr <b>48100</b>	Osoitetoimipaikka Adressanstalt <b>KOTKA</b>
Laskuttajan yhteyshenkilö Kontaktperson hos faktureraren <b>LEENA LINDQVIST</b>	Puhelinnumero myös suuntanro) Telefonnummer (även riktnummer) <b>05-2296200</b>

**LASKUN AIHE FAKTURAGRUND**

Suoraveloituksen palvelutunnus servicekod för direktdebitering <b>210650016</b>	Laskun aihe Fakturagrund <b>LÄÄKELASKUT</b>	Asiakasnumero Kundnummer
---	--	--------------------------

**LISÄTIETOJA TILLÄGGSUPPGIFTER**

--

**VALTUUTUS FULLMAKT**

Valtuutan laskuttajan veloittamaan tässä .valtakirjassa mainitut laskut alla olevalta tililtäni	Jag befullmäktigar faktureraren att debitera mitt nedan stående konto med de fakturor som anges I denna fulmakt
Valtuuttajan nimi Fullmaktgivarens namn	Tilinumero Kontonummer
Päivämäärä ja paikka Datum och ort	Valtuuttajan allekirjoitus Fullmaktsgivarens underskrift

