

Telefax (0511) 47 56 27-1

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Ihr Name und Ihre Anschrift

Firmenname _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____
Telefax _____

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen zu Lasten meines/unseres Kontos mit nachstehenden Daten durch Lastschrift einzuziehen (gültig innerhalb Deutschlands).

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Bankeinzugsverfahren nicht vorgenommen. Lastschriften die mangels Deckung zurückgebucht werden, werden dem Auftraggeber in Höhe von 25,00 Euro (Bankgebühren inkl. Mehraufwand) in Rechnung gestellt.

Name des Kontoinhabers _____
Name des Kreditinstitutes _____
Bankleitzahl _____
Kontonummer _____

Ort, Datum

Unterschrift