

**Ermächtigung zum Einzug
von Forderungen durch
Lastschriften**

Firma _____

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie
widerruflich, die von mir/uns zu en-
trichtenden Zahlungen bei Fälligkeit
zulasten meines/unseres:

Girokontos Nr. _____

bei _____

Bankleitzahl _____ durch Lastschrift einzuziehen.

Betrag

erstmals zum

Intervall monatlich vierteljährlich jährlich

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Kontoinhabers/Kontoinhaber