



Einzugsermächtigug

per FAX an die +49 351 – 206 34 17

Ermächtigung zum Einzug von Lastschriften

durch

ZAHLUNGSEMPFÄNGER: MSISP

von

KONTOINHABER:
(Vorname, Name)

.....
(Strasse, Wohnort)

.....
(Kundennummer)

Hiermit ermächtigen wir die Firma MSISP widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen und fälligen Rechnungen zu Lasten meines/unseres nachstehenden Kontos durch Lastschrift einzulösen.

BANKVERBINDUNG:
(Kontonummer)

.....
(Bankleitzahl)

.....
(Kontoinhaber)

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

.....
Ort, Datum, Stempel

.....
Unterschrift des Zahlungspflichtigen
