



# 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

---