

Einzugsermächtigung durch Lastschriften

Kontoinhaber

Firma	
Straße	Hausnummer
PLZ	Ort
Telefon	
Ansprechpartner	

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen Wasseraufbereitung, Apotheken- und Laborbedarf bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres

Girokontos Nr.:
Bank
BLZ

durch Lastschrift einzuziehen.

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

Datum, Ort

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen