

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Zahlungsempfänger

Medicom Dreieich GmbH

Landsteinerstraße 2A

63303 Dreieich

Kunden-Nr.: _____ / Sachbearbeiter: Kunde

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ Ort: _____

Telefon: _____

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten des folgenden Girokontos **ab dem** _____

Konto-Nr: _____

BLZ: _____

Kreditinstitut _____

(genau Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)

durch Lastschrift einzuziehen.

- Den Rückstand in Höhe von _____ bitte abbuchen.
- Bitte stellen Sie meinen Vertrag auf monatliche Abbuchung um.

Ort, Datum

Unterschrift(en)