

Einzugsermächtigung

Erteilt für :

Dr. Univ. Pécs Uta Haake
Fachärztin Allgemeinmedizin / Homöopathie
63619 Bad Orb
Berliner Str. 2a

Erteilt durch :

Vorname und Name

PLZ und Stadt

Strasse und Hausnummer

Ich ermächtige sie hiermit jederzeit widerruflich, die von mir zu entrichtende Zahlung/en bei Fälligkeit zu lasten meines angegebenen Kontos mit Lastschrift einzuziehen . Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht für das kontoführende Kreditinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung.

Meine Kontoverbindung lautet:

Kontonummer:

BLZ:

Kreditinstitut:

Die gewünschte Leistung ist / war :

Bitte die Einzugsermächtigung im Original per Post an die oben angegebene Adresse schicken