

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften

**Genauere Bezeichnung des kontoführenden
Kreditinstituts**

Name und genaue Anschrift des Kontoinhabers

--	--

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich

Name des Zahlungsempfängers

Jörg Kunde -EMG Berlin-, Strasse 6 Nr. 99, 13059 Berlin

Kontonummer des Zahlungsempfängers

Bankleitzahl

Bank

8114977

10070024

Deutsche Bank AG

Die von mir/uns zu entrichteten Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mit der

Kontonummer _____ und Bankleitzahl _____

Mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Der Widerruf des Lastschriftauftrages hat schriftlich gegenüber dem Zahlungsempfänger innerhalb von 3 Werktagen zu erfolgen. Für entstehende Kosten bei Rückbuchungen oder Bankkosten durch fehlende Deckung des Kontos vom Zahlungspflichtigen trägt der Zahlungspflichtige !

Ort, Datum	Bestätigung der Bank des Zahlungspflichtigen
Unterschrift des Zahlungspflichtigen	

EMG/PERTH International Inhaber Jörg Kunde, Strasse 6 Nr. 99 in 13059 Berlin Tel.: 030-9823824

Fax.: 030-98694556 , e.-Mail: info@perth-berlin.de , Internet : www.EMG-Berlin.de