

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Name, Vorn. des Kindes

Geburtsdatum

Name und Anschrift des Kontoinhabers

An (Zahlungsempfänger)



ARBEITERWOHLFAHRT
Kreisverband Fürstenwalde e.V.
Lotichiusstr. 36 · 15517 Fürstenwalde
Tel. 03361/592220 · Fax 03361/592221

Hiermit ermächtige(n) ich / wir Sie widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen wegen (Verpflichtungsgrund, evtl. Betragsbegrenzung)

bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos mit der Nummer

Bankleitzahl

bei (genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes)

durch Lastschrift einzuziehen.

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)

(Unterschriften)