

LASTSCHRIFTEINZUGSERMÄCHTIGUNG

FIRMA: _____

Rechtsanwälte Steuerberater
in Partnerschaft
Nikolaistraße 39 - 45

Tel.: 0341 - 215890
Fax: 0341 -2158918
info@fautz-partner.com

Mandantennummer:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/ unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teilleistungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name und genaue Anschrift des Zahlungspflichtigen:	_____
Konto-Nr. des Zahlungspflichtigen:	_____
Bankleitzahl:	_____
bei der (genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts):	_____
Zahlungen wegen (Verpflichtungsgrund, evtl. Betragsbegrenzung)	_____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____