

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichteten 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. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name und genaue Anschrift des Zahlungspflichtigen		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
Konto-Nr. des Zahlungspflichtigen	Bei der (genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)	Bankleitzahl
<hr/>	<hr/>	<hr/>
Zahlung wegen (Verpflichtungsgrund evtl. Beitragsbegrenzung)		
<hr/>		

An (Zahlungsempfänger)

Deutsche Multiple Sklerose
Gesellschaft Ortsvereinigung
Krefeld und Umgebung e.V.
Mühlenstr. 42

4798 Krefeld

Ort, Datum

Unterschrift