

Einzugsermächtigung

An (Zahlungsempfänger)

AASTON Healthcare GmbH
 Henstedter Str. 1
24558 Wakendorf II

Per Fax: 04535 297 70 19

Name und Anschrift des Kontoinhabers
KD-Nr. (falls bekannt)

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Hiermit ermächtige(n) ich / wir Sie widerruflich, zu entrichtende Zahlungen für Warenlieferungen

- per sofort
- ab dem Rechnungsdatum _____

bei Fälligkeit zu Lasten unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Name und Sitz des Kreditinstituts	Kontoinhaber
BLZ	Kontonummer

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers