



EINZUGSERMÄCHTIGUNG

erteilt durch:

Name, Vorname (Bitte in Druckbuchstaben)

Adresse, PLZ, Ort (Bitte in Druckbuchstaben)

Adresse, PLZ, Ort (Bitte in Druckbuchstaben)

erteilt für:

Kindertagespflege Lübeck e.V.

Ich ermächtige Sie hiermit jederzeit widerruflich, die von mir zu entrichtende/n Zahlung/en bei Fälligkeit zu Lasten meines angegebenen Girokontos mit Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht für das kontoführende Kreditinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung.

Meine Kontoverbindung lautet:

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Lübeck, den _____
Datum

Unterschrift Ermächtigende(r)

Mir ist bekannt, daß ich die Kosten, sowie eine Mahngebühr von 5,00 € für eine nicht eingelöste Lastschrift zu tragen habe.

Lübeck, den _____
Datum

Unterschrift Ermächtigende(r)