



Tierärztliche Klinik Alt Sammit
André Kleinpeter
Lerchenweg 1 a
18292 Alt Sammit

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Tierärztliche Klinik Alt Sammit André Kleinpeter widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Rechnungsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos einzuziehen.

Kunden-Nr.:	
Kontoinhaber:	
Konto-Nr.:	
Bankleitzahl:	
Bankbezeichnung:	

Datum

Ort

Unterschrift