

Abbuchungsauftrag für Lastschriften

Hiermit beauftragen wir

Firmenname

Inhaber

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Fax

die **Media Partner Stores Ltd.**
Im Lettenhorst 30
67105 Schifferstadt

Sparkasse Vorderpfalz
BLZ: 545 500 10
Konto-Nr.: 191145747

ihre Forderungen ab sofort von unserem Konto bei der

Name der Bank

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Fax

Bankleitzahl

Kontonummer

Kontoinhaber

mittels Lastschrift abzubuchen. Weiter bitten wir unsere o. g Bank, entsprechende Lastschriften der Firma Media Partner Stores Ltd. zu Lasten des o. a. Kontos einzulösen. Teileinlösungen sind nicht möglich. Diese Vereinbarung gilt bis auf unseren schriftlichen Widerruf. Alle Auslagen und Gebühren der Zahl- und Inkassostellen, die durch Nichteinlösung von Lastschriften entstehen, werden von uns getragen.

Wir haben die Allgemeinen Geschäftsbedingungen gelesen und akzeptiert.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Kontoinhaber

Unterschrift und Stempel des/der Firmeninhaber(s)/Geschäftsführer(s)

Der Abbuchungsauftrag wurde bei uns (bezogene Bank) vorgelegt und eingetragen.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Bank