

Fax: 038203 – 73 56 55

Integra[®]

Integra OHG
Schliemannstr.6
18211 Bargeshagen

Bankeinzugsermächtigung

Hiermit bitte(n) ich/wir¹ Sie widerruflich, die von mir/uns¹ zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres¹ Girokontos einzulösen.

- Bankeinzug 10 Tage (2% Skonto + 1% Skonto Bankeinzug)
 Bankeinzug 30 Tage (1% Skonto Bankeinzug)

Kontoinhaber: _____

Bank: _____

BLZ: _____

Kontonr. _____

Ort/ Datum: _____ Unterschrift²: _____

Wenn mein/unser¹ Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

¹ Nichtzutreffendes bitte streichen

² Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen

Integra-Kundennummer: _____

Praxisname: _____

Praxisanschrift: _____

Telefon: _____

Fax: _____