

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

mwp GmbH
Harburger Straße 34
29223 Celle, Deutschland



Name und Anschrift des Kontoinhabers

Firma/Praxis: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Hiermit ermächtige(n) ich/wir widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen

Verpflichtungsgrund, evtl. Betragsbegrenzung

Rechnung/en resultierend aus Bestellung/en CTT

bei der Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mit der

Konto-Nr.

BLZ

bei der

genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Ich akzeptiere Ihre Datenschutzerklärung (auf der Internetseite www.chirotape.com nachzulesen).

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Geschäftsführer: Maren Wietfeldt, Christoph Wietfeldt
Prokuristin: Silvia Matzner
USt.-IdNr.: DE 228661295, HRB 101922, Gerichtsstand: Amtsgericht Lüneburg

www.chirotape.com