

# Erlaubnis zum Einzug von LASTSCHRIFTEN

Erteilt durch

an

[www.linsencenter.de](http://www.linsencenter.de)

Kunden-Nr. (wenn bekannt)

Jutta Bobka  
FALKENWEG 17, 55471 Keidelheim

Vorname/Name

Straße

PLZ/Ort

Staat

Telefon/Mobil

Mail-Adresse



**FAX -Nr. +49(0)6761- 915 99 70**

**JA**, ich möchte die Vorteile des LASTSCHRIFTEINZUGS-Service genießen und erteile mein Einverständnis.

Hier meine Kontoverbindung:

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

Name der Bank: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

NAME des KONTOINHABERS \_\_\_\_\_

Unterschrift des Konto-Inhabers \_\_\_\_\_

Die Abbuchung erfolgt am Tag der Rechnungsstellung. Sollte mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweisen, besteht seitens des Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Die durch Nichteinlösung entstehenden Kosten trägt der Konto-Inhaber. Der Gesamtbetrag ist dann umgehend anzuweisen (Linsencenter.de, Kreissparkasse Köln, Konto-Nr. 1200 60 60, BLZ 370 502 99).

Die ALLGEMEINEN GESCHÄFTSBEDINGUNGEN und Lieferbedingungen für den Einzug von Lastschriften (<http://www.linsencenter.de/agb.html>) erkenne ich mit meiner Unterschrift an.

Ort/Datum

Unterschrift des Service-Nehmers