

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

**A & A ARBEITSSCHUTZ GMBH®**  
**Kölner Straße 76**

**41812 Erkelenz**

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Stempel
---------

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen für die arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung durch A&A ARBEITSSCHUTZ GMBH® bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Bank / Kreditinstitut / Ort

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bankleitzahl

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Konto-Nummer

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

_____ Ort, Datum
---------------------

_____ Unterschrift(en) des(r) Kontoinhaber
---