

Bankeinzugsermächtigung

Kundendaten

| | | | |
|---------------------|---------|----------|--|
| Firma | | UID Nr. | |
| Titel | Vorname | Nachname | |
| Strasse, Hausnummer | | | |
| Plz | Ort | Land | |
| Telefon | | Fax | |
| Mobil | | E-Mail | |

Ihre Bankverbindung

| | | |
|--|-------|--------------|
| Kontonummer | | |
| Bankleitzahl | | |
| Bank/Filiale | | |
| IBAN (*) | | |
| BIC/SWIFT (*) | | |
| <p>Erteilung Hiermit ermächtige/n ich/wir der Regional Kabel-TV Mölltal GesmbH & Co KG widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine/unsere kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keinerlei Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich/Wir haben das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen nacherfolgter Abbuchung oder nach erfolgtem Einzug ohne Angaben von Gründen die Rück-Buchung bei meiner/ unserer Bank zu veranlassen.</p> | | |
| Ort | Datum | Unterschrift |

(*) Muß nur für Bankkonten außerhalb Österreichs ausgefüllt werden