

Abbuchungsauftrag für Lastschriften

Ich ermächtige die **Fa. Kabel-TV-Gmunden E. Stadlmayr Ges.m.b.H.**, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Somit ist auch meine kontoführende Bank ermächtigt die Lastschriften einzulösen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht keine Verpflichtung die Lastschrift einzulösen. Ich habe das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen, ab Abbuchungstag, ohne Angabe von Gründen, die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen. Dieser Auftrag ist grundsätzlich jederzeit widerrufbar.

Familienname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Nr.: _____ Tür: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ e-mail: _____

IBAN: _____
(bitte deutlich schreiben)

BIC _____
(bitte deutlich schreiben)

Ort und Datum

Unterschrift des Auftraggebers

Bitte einsenden an: Kabel-TV-Gmunden E. Stadlmayr Ges.m.b.H.
4810 Gmunden, Theatergasse 6
Tel. 07612/64 6 64 FAX 07612/64 66 44
E-Mail: office@kabeltvgmunden.at