

Einzugsermächtigung

Zahlungsempfänger:

Fax: 0511-22002999

IVD GmbH
Heisterbergallee 12
30453 Hannover

Hiermit ermächtige/n ich/wir die IVD GmbH widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen für ausgeführte Leistungen bei Fälligkeit zu Lasten des folgenden Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Bei Bank:

**Name, Vorname/Firma des
Zahlungspflichtigen/
Kontoinhabers:**

.....

Strasse, Hausnummer:

.....

PLZ, Ort:

.....

Ort, Datum

Unterschrift