

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

| An Zahlungsempfänger                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Optik Werkstatt GmbH<br>Benzstraße 46 - 50<br>12277 Berlin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                      |
| E-Mail: rechnung@optikwerkstatt.de                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Fax: 030-740 696 27                                  |
| Ich / Wir ermächtigen Sie widerruflich, die von mir / uns zu zahlenden Rechnungsbeträge zu Lasten meines/unseres Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen. Hinweis: Ich kann (wir können) innerhalb von acht Wochen beginnend mit Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. |                                                      |
| Bitte vollständige Adresse und Firmierung angeber                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | n<br>5 Tage 2 % Skonto bei Einzugsermächtigung       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Bitte ziehen Sie die folgenden Rechnungsbeträge ein: |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ab sofort / Datum                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ab Rechnungsnummer                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | alle offenen Poste <b>n</b>                          |
| D<br>Kundennummer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |
| IBAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                      |
| BIC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                      |
| Bitte verwenden Sie die folgende E-Mail-Adresse für den digitalen Rechnungsversand:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                      |
| E-Mail                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                      |
| Ort Dat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | rum                                                  |

Optik Werkstatt GmbH Benzstraße 46-50, 12277 Berlin Tel.: 030 740 696 0 | Fax: 030 740 696 27 info@optikwerkstatt.de | www.optikwerkstatt.de

Name

Berliner Sparkasse IBAN: DE60 1005 0000 1320 0242 50 BIC-/SWIFT-Code: BELADEBEXXX

Unterschrift

Amtsgericht Berlin-Charlottenburg, HRB 54478 USt-IdNr.: DE811840625 | Steuernr. 29/462/30567 Geschäftsführer: Gerhard Felmeden