
Vor- und Zuname(n)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

LKC Dr. Kräußlein & Kollegen GmbH
Steuerberatungsgesellschaft
Seifartshofstraße 25
96450 Coburg

Einzugsermächtigung

<p><u>Zahlungsempfänger</u></p> <p>LKC Dr. Kräußlein & Kollegen GmbH Steuerberatungsgesellschaft Seifartshofstraße 25 96450 Coburg</p>
--

Ich ermächtige/Wir ermächtigen LKC Dr. Kräußlein & Kollegen GmbH - Steuerberatungsgesellschaft, Seifartshofstraße 25, 96450 Coburg, wider-ruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen:

IBAN:	_____
BIC:	_____
Bankleitzahl:	_____
Name des Kreditinstituts:	_____
Kontonummer:	_____

Ort, Datum

Unterschrift(en) des(r) Zahlungspflichtigen
(Kontoinhaber)