

# EINZUGSERMÄCHTIGUNG

## Zahlungsempfänger:

Praxis für Osteopathie (ganzheitl. Heilmethode) & Naturheilkunde  
Inhaber: Michael Komm  
Wildenwarter Str. 8  
81825 München

Tel.: 089 / 54 786 - 355

Fax: 089 / 54 786 - 356

e-mail: info@osteoko.de

## Zahlungsverpflichteter:

---

---

---

Hiermit ermächtigt der Zahlungsverpflichtete den Zahlungsempfänger widerruflich, die von ihm zu entrichtende Zahlung wegen

---

bei Fälligkeit zu Lasten des nachstehend aufgeführten Kontos auf Lastschrift einzuziehen:

Kontonummer: \_\_\_\_\_  
Bankleitzahl: \_\_\_\_\_  
Kontoführendes Institut: \_\_\_\_\_  
Betrag: \_\_\_\_\_

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift – Zahlungsverpflichteter)

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift – Zahlungsempfänger)