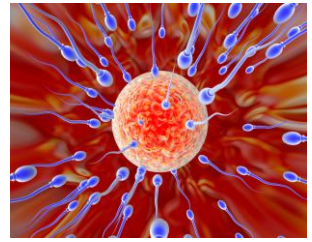


## **KBB KRYOBANK Berlin GmbH**

Geschäftsführer: Dr. med. R. Andreeßen  
Reinickendorfer Str. 15 13347 Berlin  
Tel.: 030 – 495 00 231  
Fax: 030 – 498 76 138  
Mail: [info@kryobank-berlin.de](mailto:info@kryobank-berlin.de)  
Internet: [www.kryobank-berlin.de](http://www.kryobank-berlin.de)



### **Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

KBB KRYOBANK Berlin GmbH  
GF: Dr. med. R. Andreeßen  
Reinickendorfer Str. 15  
13347 Berlin

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden, vertragsbedingten Zahlungen bei Fälligkeit zulasten meines Kontos:

Kontonummer

Bankleitzahl

genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------