



# Einzugsermächtigung\*

\* Bitte alles vollständig ausfüllen!

**Hiermit ermächtige ich die eu-medical GmbH, den Rechnungsbetrag innerhalb der auf der Rechnung ausgewiesenen Zahlungsfrist von dem nachstehend angegebenen Konto abzubuchen.**

Name des Lieferempfängers  
(falls abweichend von Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Name des Bankinstituts: \_\_\_\_\_

Bankeinzugsermächtigung ist gültig ab: \_\_\_\_\_

## Datenschutzrechtliche Einwilligung

**Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten zum Zwecke der Abrechnung und der allgemeinen Beratung gespeichert werden. An Dritte werden meine Daten nicht weitergegeben, ausgenommen ist der jeweilige Kostenträger.**

Firma: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Kunden-Nr.: \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift/Stempel \_\_\_\_\_

**Diese Einzugsermächtigung können Sie selbstverständlich jederzeit telefonisch, per Fax oder per Email an [info@eu-medical.de](mailto:info@eu-medical.de) widerrufen.**