

Antwortfax

Linde Gas Therapeutics GmbH
Landshuter Str. 19
85716 Unterschleißheim

FAXNUMMER: 089. 37 000 -190

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige(n) ich/wir

Kundennummer _____

(Name, Firma)

(Straße)

(Postleitzahl, Ort)

die Linde Gas Therapeutics GmbH widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit von dem angegebenen Girokonto durch Lastschrift einzuziehen.

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

bei: _____

(Name und Ort der Bank)

Ort, Datum

Unterschrift, Firmenstempel