

Einzugsermächtigung



ODS GmbH
Dorfstraße 5f
24629 Kisdorf

Hiermit ermächtige ich,

(Titel, Name, Vorname, Anschrift)

die Firma

**ODS GmbH
Dorfstraße 5f
24629 Kisdorf**

bis auf weiteres alle fälligen Rechnungsbeträge meiner Kreditkarte mit der folgenden Kartennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

gültig bis _____ zu belasten.
(Monat / Jahr)

Prüfziffer (dreistellig / vierstellig) _____ Visacard Mastercard American Express

Ich werde der Firma

ODS GmbH, Dorfstraße 5f, 24629 Kisdorf

rechtzeitig vor Ablauf der oben genannten Kreditkarte die neue Kartennummer und / oder den neuen Gültigkeitszeitraum mitteilen.

Bitte senden Sie uns dieses Formular vollständig ausgefüllt zurück.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden können. Ich kann der Nutzung meiner Daten zu Zwecken der Bezahlung jederzeit schriftlich oder per Mail widersprechen.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel