

Firma

An die

FAX:

Betriebsnummer:

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich Sie, die laufenden Sozialversicherungsbeiträge zur Fälligkeit von meinem Konto

Kontonr.:

BLZ:

Institut

einziehen.

Ansprechpartner:

Steuerberatung Blos
Meissener Straße 9
92318 Neumarkt
Tel.: 09181/47790
Fax: 09181/477947

Ort, Datum

Unterschrift
