



**MDlink Lastschrift Bankeinzug  
per Fax an 0391 - 2556899**

Firma .....  
.....

Kontaktperson .....

Straße, Nr. ....

PLZ, Ort .....

Telefon .....

Telefax .....

E-Mail .....

Hiermit erteile ich der Firma "MDlink online service center GmbH" mit Sitz in 39124 Magdeburg, Lorenzweg 42 Haus 3 bis auf weiteres das ungeteilte Recht, die monatlich anfallenden Rechnungen von meinem Konto einzuziehen.

Kontoführendes Kreditinstitut .....

Bankleitzahl .....

Kontonummer .....

Dieses Einzugsrecht gilt solange, wie auch der Vertrag, welcher mit MDlink geschlossen wurde, seine Gültigkeit hat. Dieses Einzugsrecht kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

.....

Ort, Datum

.....

Stempel, Unterschrift