

Einzugsermächtigung

Ich bin damit einverstanden, dass bis auf Widerruf meine Versicherungsbeiträge zu den jeweiligen Fälligkeitsterminen durch Abbuchen zu Lasten meines nachstehend angegebenen Kontos von der Sterbekasse „Hilfe am Grabe“, Norden, eingezogen werden.

(Bitte ankreuzen: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich)

Konto-Nr.: _____ (**Kein** Sparkonto)

Bankleitzahl: _____

Geldinstitut: _____

Auftraggeber:

Name, Vorname: _____

Straße, Hsnr.: _____

PLZ, Ort _____

Ort und Datum

Unterschrift des Kontoinhabers