

EINZUGSERMÄCHTIGUNG KREDITKARTE

[Bitte füllen Sie das Formular aus und faxen Sie es unterschrieben an: Telefax-Nummer: +49 89 130 133 65]

Vertragsinhaber (nicht Karteninhaber):

Firma / Kundennummer (falls vorhanden): _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Staat: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich die it-soft GmbH die vertraglich vereinbarten Kosten für die unter der o.g. genannten Kundennummer zur Verfügung gestellten Leistungen von der unten angegebenen Kreditkarte einzuziehen.

Kreditkartendaten (nur für Kunden außerhalb Deutschlands**)

Kartentyp: [] VISA, [] MasterCard, [] American Express

Kartenummer

Gültigkeit

Karteninhaber

Ort, Datum

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

(**) Unsere Kunden aus Deutschland nutzen bitte das Formular zur SEPA-Lastschrift