

Formular für die Ratenzahlungsvereinbarung

Frau

Herr

Aktenzeichen:

Vorname

Nachname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefonnummer

Handy-Nummer

E-Mail

Ich kann die Forderungssumme der Allgemeiner Debitoren- und Inkassodienst GmbH nicht in einer Zahlung ausgleichen. Zur Vermeidung weiterer für den Schuldner kostenpflichtiger Schritte wird eine Ratenzahlung vereinbart. Mehr als 4 Raten sind nur nach Rücksprache mit uns möglich.

Monatsrate in Euro: _____ €

Ratenbeginn (Monat/Jahr): ____ / _____ (Die 1.Rate muss spätestens in 6 Wochen gezahlt werden!!)

Zahlung erfolgt zum: 01. eines jeden Monats 15. eines jeden Monats

Bitte buchen Sie Raten per Lastschrift von diesem Konto ab:

Kreditinstitut

Bankleitzahl (BLZ)

Kontonummer

Vor- und Nachname Kontoinhaber

Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Hinweis: Die Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden. Bei Widerruf oder bei nicht eingelöstem Einzug wird diese Vereinbarung hinfällig. Die Einzugsermächtigung kann auch für ein Konto eines Dritten erteilt werden.

Ort / Datum

Unterschrift

Rücksendung per Post:

Allgemeiner Debitoren- und Inkassodienst GmbH
Eduard-Pestel-Straße 7
D-49080 Osnabrück

Rücksendung per Fax:

01805 / 017 717*

Fragen?

01805 / 007 717*

*(0,14 EUR /Min. dt. Festnetz - dt. Mobilfunkpreise max. 0,42 EUR /Min.)