

# 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:

0541-80018-55  
**Fragen?**  
0541-80018-32