



Bitte zurück an Fax Nr.: 02203 / 91002. Danke!

Einzugsermächtigung

Bankverbindung Kunde:

Kreditinstitut: _____

Bankleitzahl: _____

Kontonummer: _____

Firma: _____

Kontoinhaber: _____

Hiermit ermächtige ich *HEARSAFE* widerruflich, die von uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit von o. g. Konto abzubuchen.

Unterschrift: _____ Ort / Datum: _____

Firmenstempel:

Hearing Protection In-Ear-Monitoring Communication Solutions Racing Shooting

HEARSAFE Technologies GmbH & Co KG
Geschäftsführer Eckhard Beste
Kölner Str. 195
51149 Köln UST-ID-Nr.: DE 812 078 412

Tel: 0 22 03 / 91 000
Fax: 0 22 03 / 91 002
info@hearsafe.de
www.hearsafe.de

HRA 15789
Stadtsparkasse Köln
KTO: 100 7272 832
BLZ: 370 501 98