

Änderung der Teilzahlung

An

Kartenkonto Nummer _____

Name _____

Vorname _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Bitte stellen Sie bei oben angegebener Kreditkarte den Lastschrifteinzug auf den vollen Betrag der Monatsabrechnung um. Eine Teilzahlung möchte ich nicht mehr in Anspruch nehmen.

Bitte bestätigen Sie mir den Eingang dieses Schreibens in schriftlicher Form.

Ort, Datum

X

Unterschrift Inhaber/in der Hauptkarte