



Angaben / Details

Formular bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen! / Please fill out the form legibly in block capitals!

Das SEPA-Lastschriftmandat soll ab Datum für Telekommunikations- und Servicedienstleistungen gelten /
 The SEPA direct debit mandate is to apply to all telecommunications and services from date:

Kundennummer / Customer number:

Vor- und Nachname / First and Last Name:

Bitte senden Sie das Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben per E-Mail info@vega-net.de, per FAX 06303-913-198 oder per Post.
 / Please send the completed and signed form by email to info@vega-net.de, by fax 06303-913-198 or by post.

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier: DE96ZZZ00000147233 | VEGA-net GmbH, Hauptstr. 18, 67677 Enkenbach-Alsenborn

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die VEGA-net GmbH über diese Verfahrensart informieren. Das SEPA-Lastschriftmandat soll für alle Telekommunikations- und Servicedienstleistungen gelten. /

Apply the SEPA Direct Debit mandate for direct debit purchase of telecommunications and support services on conclusion of this contract.

SEPA-Basislastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate:

Ich ermächtige / wir ermächtigen den Zahlungsempfänger VEGA-net GmbH, Zahlungen von meinem /unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger VEGA-net GmbH auf mein /unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann / wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Mir ist bekannt, dass im Falle einer Nichteinlösung Bankrückbuchungsgebühren entstehen. Diese Kosten werden von mir übernommen. Im Falle der Nichteinlösung erlischt die erteilte Einzugsermächtigung.

I/We authorize the creditor VEGA-net GmbH to draw payments from my/our account per direct debit procedure. At the same time, I/we instruct our bank to pay the amount drawn by direct debit from creditor VEGA-net GmbH from my/our account. **Note:** I/We have the right to claim a refund within eight weeks starting on the date on which the account was debited. The terms and conditions as agreed with my/our credit institute are applicable. I/We are aware that bank transfer fees will be charged in the event of non-acceptance. The responsibility for payment of these costs rests with me/us. In case of non-acceptance, the issued direct debit authorization expires.

Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt. /
 Mandate reference to be distributed separately.

Fälligkeit (bitte auswählen) / Payment due (please choose)

- am 5. Kalendertag des Monats / on the 5th calendar day of every month am 15. Kalendertag des Monats / on the 15th calendar day of every month

Angaben zum Kontoinhaber / Mandate reference to be distributed separately

Nachname / Last name of the account holder

Straße / Hausnummer / Street / Number

Vorname / First name of the account holder

PLZ / Ort / ZIP / Town

IBAN

BIC

Datum / Date: _____ Unterschrift / Sign: _____