

Kundennummer : _____
Kontonummer : _____

D_____ D_____

Mandatsreferenz, vom Zahlungsempfänger auszufüllen

Wir ermächtigen (A) POST Telecom S.A. Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weisen wir unser Kreditinstitut an, die von POST Telecom S.A. auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Sie verfügen über ein Recht auf Rückerstattung durch Ihre Bank gemäß den Bedingungen, die in der mit ihr getroffenen Vereinbarung aufgeführt sind. Der Antrag auf Rückerstattung muss innerhalb von 8 Wochen nach dem Datum der Belastung Ihres Kontos eingereicht werden. Bitte alle mit * gekennzeichneten Felder ausfüllen.

Antrag auf Einzugsermächtigung
 Änderung der Einzugsermächtigung
 Widerruf der Einzugsermächtigung

Name des Zahlungspflichtigen * : _____

Hausnummer/Straße * : _____

Postleitzahl/Ort * : _____

Land * : _____

IBAN des Zahlungspflichtigen * : _____

Internationale Bankkontonummer - IBAN (International Bank Account Number)

*

SWIFT BIC/ Bank Identifier Code/ Internationale Bankleitzahl des Instituts des Zahlungspflichtigen

Ist der Inhaber des Bankkontos nicht mit dem Vertragspartner des Zahlungsempfängers identisch, geben Sie hier bitte die Daten des Kontoinhabers an: _____

(Dieses Feld nicht ausfüllen, falls Sie für sich selbst zahlen) Name/Vorname oder Gesellschaftsname _____

Hausnummer/Straße _____

Postleitzahl/Ort _____

Land _____

Wiederkehrende Zahlung
 Einmalige Zahlung

Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers : LU09ZZZ000000004812001001

Name des Zahlungsempfängers : POST Telecom S.A.

Hausnummer und Straße : 1, rue Emile Bian

Postleitzahl und Ort : L-2996 Luxembourg

Land: Luxembourg

Unterzeichnet und für jede Partei ausgefertigt in: _____ Datum: _____

Luxembourg

Ort

Unterschrift: _____

Unterschrift des Kontoinhabers

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (bei Teilnehmern unter 18 Jahren): _____

Unterschrift/Stempel Fachhändler
 Vertreiber/Shop: _____
 Kaufmännischer Mitarbeiter : _____