

SEPA-Lastschriftmandat/ SEPA Direct Debit Mandate



Bitte unterschrieben zurück an/
Please sign and send back to:

E-Mail (PDF-Scan) an/E-mail (PDF-Scan) to:
info@enviatel.de

Fax an/fax to: 0800 3684283

Post an/mail to:
envia TEL GmbH
Auftragserfassung
Annahofen Graben 1-3
03099 Kolkwitz
Deutschland

1. Vertragspartner/Contractual partner

<input type="text"/>	
Name, Firma/Surname, Company	
<input type="text"/>	
Vorname/First name	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Adresse/Address	
Für die nachträgliche Erteilung des Mandats/ For the subsequent grant of a mandate:	
<input type="text"/>	
Debitorennummer/Debitor identification code	
<input type="radio"/>	Neukunde/ New customer

2. SEPA-Lastschriftmandat/SEPA Direct Debit Mandate

envia TEL GmbH, Friedrich-Ebert-Straße 26, 04416 Markkleeberg, Deutschland

DE33ZZZ0000001897

Gläubiger-Identifikationsnummer/Creditor identifier

wird durch envia TEL separat mitgeteilt/will be disclosed separately by envia TEL

Mandatsreferenz/Mandate reference

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die envia TEL GmbH, Zahlungen von meinem/unserem nachstehenden Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von envia TEL GmbH auf mein/unsere Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Diese Kontoverbindung gilt für alle gebuchten Produkte des Vertragspartners. Vorangegangene SEPA-Mandate verlieren ihr Gültigkeit.

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.

By signing this mandate form, you authorise the envia TEL GmbH to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from the envia TEL GmbH. These bank details apply to all products booked by the Contractual Partner. Previously set up direct debit mandates are no longer valid.

Note: As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart/Type of payment

Wiederkehrende Zahlung/Recurrent payment

Kontoinhaber/Account holder

<input type="radio"/>	Kontoinhaber ist nicht der Rechnungsempfänger/ Account holder is not the invoice recipient				
<input type="radio"/>	Herr/Mr.	<input type="radio"/>	Frau/Mrs.	<input type="radio"/>	Firma/Company
<input type="text"/>					
Firma/Company					
<input type="text"/>					
Abteilung/Department					
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Name/Surname			Vorname/First name		
<input type="text"/>					
E-Mail-Adresse/E-mail address					
<input type="text"/>					
Straße, Nr./Street, No.					
<input type="text"/>					
PLZ, Ort/Postal Code, City					
<input type="text"/>					
Land/Country					

<input type="text"/>	
IBAN	
<input type="text"/>	
BIC	
<input type="text"/>	
Kreditinstitut/Bank name	
<input type="text"/>	
Angaben gültig ab/Data valid from	
<input type="text"/>	
Ort, Datum/Location, Date	
<input type="text"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)/ Signature(s) of the account holder(s)