

Kundenstammblatt Scholl Reinigungstechnik

Bitte alle Felder ausfüllen!

Firmenname: (mit Geschäftsform)	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
Mobiltelefon:	
Fax:	
E-Mail:	
Website:	
USt-ID:	
Geschäftsführer:	
Ansprechpartner:	
Telefon Ansprechpartner:	
Fax Ansprechpartner:	
E-Mail Ansprechpartner:	
Verkäufername:	
Kundenbranche:	
Online Bestellsystem:	E-Mail: _____ Vorname, Name: _____
Lieferanschrift: (falls abweichend)	
Rechnung per E-Mail:	<i>Hierzu unbedingt das Formular Rückantwort "Digitaler Rechnungsversand" ausfüllen</i>
Zahlungsbedingungen:	Bankeinzug 3% Rechnung/Überweisung – 8 Tage 2%, 14 Tage netto
Bemerkungen:	
Datum:	

Bitte die Seiten 1-2 ausschließlich digital ausfüllen!

Manuelle Rücksendungen bitte per E-Mail an: info@scholl-reinigungstechnik.de



RÜCKANTWORT Digitaler Rechnungsversand

Hiermit stimme ich dem digitalen Rechnungsversand von Scholl Reinigungstechnik GmbH & Co. KG

zu

Der Rechnungsversand per Mail soll an folgende E-Mail-Adresse erfolgen:

Bitte in Druckbuchstaben

nicht zu

ZUSENDUNG VON KUNDENINFORMATIONEN

Ich möchte Kundeninformationen von Scholl Reinigungstechnik GmbH & Co. KG über interessante Angebote, wichtige Informationen und Neuigkeiten erhalten. *(Keine regelmäßige Versendung)*

Der Versand der Kundeninformationen soll an folgende E-Mail-Adresse erfolgen:

Bitte in Druckbuchstaben

Ich möchte keine Kundeninformationen von Scholl Reinigungstechnik GmbH & Co.KG erhalten

WICHTIGE INFORMATION

Ich kann jederzeit von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und diese Zustimmungen entweder per E-Mail, per Post oder per Fax widerrufen. Ich habe Anspruch auf Auskünfte über meine bei Ihnen gespeicherten Daten und kann die Löschung, Berichtigung und Sperrung einzelner personenbezogenen Daten verlangen.

FIRMA:

STRASSE:

PLZ /ORT:

ANSPRECHPARTNER:

KUNDENUMMER:

DATUM:

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Scholl Reinigungstechnik GmbH & Co. KG

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Thielenäcker 10

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

34132 Kassel

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE69ZZZ00000749216

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Scholl Reinigungstechnik GmbH & Co. KG**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Scholl Reinigungstechnik GmbH & Co. KG** 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Scholl Reinigungstechnik GmbH & Co. KG** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Scholl Reinigungstechnik GmbH & Co. KG**.

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 Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:
mit Firmenstempel**