

Kundendatenerfassung und SEPA-Lastschriftmandat

Allgemeine Angaben			
Name:		Vorname:	
Straße:		PLZ / Ort:	
Telefon:		geb. am:	
ASB bekannt durch:		Bereits Kunde:in?:	<input type="checkbox"/> Hausnotruf <input type="checkbox"/> Pflege

Bestellform	
<input type="checkbox"/> Speiseplan	Sie wählen individuell aus, was sie bestellen!
<input type="checkbox"/> Zuweisung	Sie wählen einen Menüvorschlag sowie die Wochentage der Lieferung aus und wir weisen das Essen automatisch zu! <input type="checkbox"/> Menü 1 <input type="checkbox"/> Menü 2 <input type="checkbox"/> Menü 3 <input type="checkbox"/> Menü 4 <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> So
<input type="checkbox"/> TK-Kost	Sie wählen zwischen zwei Optionen und wir liefern nach Wunsch! <input type="checkbox"/> Für Mikrowelle <input type="checkbox"/> Für Backofen

Zusätzliches			
Besonderes:			
<i>(Abstellort Essen, Lagebeschreibung)</i>			
Schlüssel:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Thermobox	Erste Lieferung am:
Zahlungsweise:	<input type="checkbox"/> Lastschrift	<input type="checkbox"/> Lastschrift mit Rechnung per E-Mail	
<i>(Lastschriftmandat befindet sich auf der Rückseite!)</i>			

<input type="checkbox"/> Bezugsperson <input type="checkbox"/> Abweichende Lieferanschrift			
Name:		Vorname:	
Straße:		PLZ / Ort:	
Telefon:		Mobil:	
E-Mail:		Beziehung:	

SEPA-Lastschriftmandat / Einzugsermächtigung

ICH BIN DAMIT EINVERSTANDEN, DASS BIS AUF WIDERRUF VON MEINEM KONTO MONATLICH DIE ENTGELTE FÜR DIE GELIEFERTEN MENÜS EINGEZOGEN WERDEN.

SEPA-Basis-Lastschrift/Einzugsermächtigung für Gläubiger ID:
DE9605000000569474

Ich ermächtige den ASB LV Hessen e.V. widerruflich, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Die/der Zahlungspflichtige wird von dem ersten Fälligkeitstermin des ersten Lastschrifteneinzuges einmalig vorab unterrichtet. Die aus den monatlichen Rechnungen hervorgehenden Kosten werden jeweils in der ersten Kalenderwoche eines Monats eingezogen.

Kreditinstitut _____

BIC _____

IBAN DE _____

Hiermit erklärt der ASB LV Hessen e.V., dass die **Mandatsreferenznummer** in einem separaten Schreiben nachgereicht wird.

Kontoinhaber:in: _____

Menü-Service-Kunde:in (falls abweichend):

Name: _____

Adresse: _____

Ort/Datum

Unterschrift Kontoinhaber:in