

Bitte gut lesbar in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name: _____

Straße: _____

Land, PLZ und Ort: _____

Berufsbezeichnung: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Webseite: _____

Firmenbezeichnung: _____

USt.-IdentNr:
(falls vorhanden) _____

Ich möchte die Zugangsdaten zum Onlineshop per E-Mail
erhalten. (SEPA-Lastschriftmandat erforderlich)

Ich möchte am HOPPEDIZ
Bonusprogramm teilnehmen.

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA-Lastschriften erfolgen immer 10 Tage nach Rechnungsdatum vom angegebenen Konto bis auf Widerruf.

Gläubiger-Identifikationsnummer DE34ZZZ00001539038

Mandatsreferenz (+ 000001)

Ich ermächtige die HOPPEDIZ[®] GmbH & Co. KG., Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der HOPPEDIZ[®] GmbH & Co. KG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name) und Firmenname

BIC **Kreditinstitut**

[_____ - _____]
IBAN

Datum / Unterschrift

Stand September 2021