

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat (SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate) für SEPA-Firmen-Lastschriftverfahren / for SEPA B2B Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Gläubiger (Creditor):

Wegacell GmbH
Piepersberg 23
42653 Solingen
Deutschland

Wiederkehrende Zahlungen

(Recurrent Payments)

Gläubiger Identifikationsnummer (CI/Creditor identifier)

DE23ZZZ00001936742

Mandatsreferenz = Kundennummer (Mandate reference = customer no.) *1

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat (SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate)

Ich/Wir ermächtige(n) die Wegacell GmbH Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Wegacell GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin/Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrags zu verlangen. Ich bin/Wir sind berechtigt, mein/unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Wir sind damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs die grundsätzlich 14-tägige Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung (Pre-Notification) bis auf einen Tag vor Belastung unseres Kontos verkürzt werden kann.

By signing this mandate form, you authorize Wegacell GmbH to send instructions to your bank to debit your account in accordance with the instructions from Wegacell GmbH.

This mandate is only intended for Business-to-Business transactions. You are not entitled to a refund from your bank after your account has been debited, but you are entitled to request your bank not to debit your account up until the day on which the payment is due.

You agree that the pre-notification period can be shortened to one day before the payment is due.

Firma(Company)	Kontoinhaber (Account Owner)
Straße, Hausnummer (Street name, No.)	PLZ, Ort (Postal Code, City)
Kreditinstitut (Bank name)	BIC
IBAN	

Ort, Datum, Unterschrift & Stempel (Kontoinhaber)
City, Date, Signature & Stamp (Account Owner)

Ort, Datum, Unterschrift & Stempel (BANK)
City, Date, Signature & Stamp (BANK)

Das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular bitte per Fax an:

Please send the completed and signed form by fax to:

+49-212-645010-25

Sehr gerne können Sie uns das ausgefüllte Formular auch per E-Mail an buchhaltung@wegacell.de zukommen lassen.

You are also welcome to send us the completed form by e-mail to buchhaltung@wegacell.de.

*1 Ihre Wegacell Kundennummer (Your Wegacell customer no.)