

ÄNDERUNG VERTRAGSDATEN

Vertragsnummer:

Bitte vollständig ausgefüllt per Mail zurücksenden

DERZEIT HINTERLEGTE DATEN

Firma &
Rechtsform *

Vor -& Zuname
(bei Einzel. & GbR) *

Straße / Nr. *

PLZ / Ort *

Kd.-Nr. HGS *

Name *

* Pflichtfelder - bitte vollständig ausfüllen.

BEMERKUNGEN

AKTUELLE DATEN (RECHNUNGSEMPFÄNGER)

Firma &
Rechtsform *

Vor -& Zuname
(bei Einzel. & GbR) *

Straße / Nr. *

PLZ / Ort *

UID *

Telefon* / Fax

E-Mail *

E-Mail Rechnung

* Pflichtfelder - bitte vollständig ausfüllen.

GERÄTESTANDORT

(NUR AUSZUFÜLLEN WENN ABWEICHEND VON ANSCHRIFT/SITZ RECHNUNGSEMPFÄNGER)

Firma &
Rechtsform *

Vor -& Zuname
(bei Einzel. & GbR) *

Straße / Nr. *

PLZ / Ort *

Kd.-Nr. HGS
(falls bekannt)

Telefon / Fax

E-Mail *

SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT

Nur auszufüllen, wenn sich diese geändert hat.

Kreditinstitut *

IBAN *

BIC *

Creditor ID

AT87 ZZZ0 0000 0011 83

Mandats-
referenz

(wird Ihnen separat mitgeteilt)

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.

* Pflichtfelder - bitte vollständig ausfüllen.

ich ermächtige / wir ermächtigen die SAG Austria Handels GmbH, Zahlungen von meinem / unserem Konto auf Basis der oben angegebenen Daten einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der SAG Austria Handels GmbH auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Diese Ermächtigung bzw. Anweisung gilt nur, sofern ich Inhaber des oben genannten Kontos bin oder den Kontoinhaber insoweit wirksam vertrete.

*Datum

*Unterschrift

*Firmenstempel

* Pflichtfelder - bitte vollständig ausfüllen.