Rohrweg 33 • 37671 Höxter
Telefon: 05271 9719-0 • Fax: 05271 9719-99
E-Mail: info@maprom.de
Internet: www.maprom.de

Ihre Kundennummer:

Versendet durch :
Erfasst durch:

Formular bitte ausfüllen und per Fax an MAPROM senden.

Neukunden Datenblatt

(Erforderlich vor der ersten Belieferung)

Vom Kunden auszufüllen:

Firmenname: (bei Einzelfirma Inhaber nicht vergessen)

Straße:

PLZ, Ort, Land:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Internet:

Unternehmensform:

Art des Gewerbes / Branche:

Ansprechpartner in Ihrem Unternehmen

Vorname : _____

Nachname : _____

Geb.-Datum: _____

Funktion / Abteilung : _____

Lieferadresse falls abweichend:

An MAPROM gekommen durch:

Geldinstitut:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Bitte Zahlungsbedingung ankreuzen:

☐ Zahlbar ohne Abzug nach 30 Tagen per Überweisung.*

☐ Zahlbar ohne Abzug nach 30 Tagen per Lastschrift.*

* Bonitätsprüfung vorausgesetzt.

Newsletter:

☐ Ich / wir möchte(n) den MAPROM Newsletter mit aktuellen Informationen und Angeboten per E-Mail erhalten!

Ich / wir habe(n) die allgemeinen Liefer- und Zahlungsbedingungen gelesen und bin / sind mit diesen einverstanden. (Die AGBs können Sie unter www.maprom.de, Menüpunkt „AGB“ einsehen)

Mit meiner Unterschrift willige(n) ich / wir ein, dass die von mir / uns angegebenen Daten gemäß dem Bundesdatenschutzgesetz in der Auftragsbearbeitung der MAPROM GmbH gespeichert werden können.

Datum / Unterschrift:

Rohrweg 33 • 37671 Höxter
Telefon: 05271 9719-0 • Fax: 05271 9719-99
E-Mail: info@maprom.de
Internet: www.maprom.de

Um In Zukunft per Lastschrift abbuchen zu können, bitten wir Sie dieses Formular vollständig ausfüllen. Bitte hinterlegen Sie anschließend das Original dieses Formulars bei Ihrem Kreditinstitut und senden uns eine Kopie.

Abbuchungsauftrag für Lastschriften

Ihre Kundennummer:

Hiermit ermächtige(n) ich / wir Sie widerruflich die von der

MAPROM GmbH, Rohrweg 33, 37671 Höxter
Deutsche Bank, Konto -Nr.: 570 204 800, BLZ: 472 700 24

für mich / uns bei Ihnen eingehenden Lastschriften zu Lasten meines / unseres Kontos

Geldinstitut:

Konto-Nr.:

Bankleitzahl:

einzulösen. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Firmenbezeichnung:

Konto-Inhaber (falls nicht identisch mit der Firmen-bezeichnung):

PLZ, Ort:

Straße:

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift(en) des / der Auftraggeber(s):

Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch, dass ich darauf hingewiesen wurde, dass bei einer Rück-Lastschrift Kosten in Höhe von 15,00 € je Fall entstehen, die mir von MAPROM GmbH in Rechnung gestellt werden.

Von Ihrer Bank auszufüllen !

Hiermit bestätigen wir den Erhalt des Abbuchungsauftrages. Das Original wurde zu unseren Unterlagen genommen.

Name und Anschrift des Kreditinstituts:

Ort, Datum:

Stempel / Unterschrift des Kreditinstituts:

Bitte hinterlegen Sie das **Original** dieses Formulars bei Ihrem Kreditinstitut und senden uns eine Kopie an die Fax-Nr.: **05271 9719-99**