



K u n d e n d a t e n b l a t t

(zutreffendes bitte ankreuzen)

- Neuanmeldung ab
- Schulwechsel ab
- Datenänderung ab

Bitte schicken Sie die Anmeldung zum Mittagessen und das SEPA- Basis-Lastschriftmandat ausgefüllt und unterschrieben an: Schmähling Catering GmbH & Co. KG, Kindleber Str. 99, 99867 Gotha

Essenteilnehmer: *(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)*

Name:	Vorname:
Bisherige Schule/Kindergarten: <i>(bei Bestandskunden)</i>	
Schule:	Klasse:
Kundennummer:	PIN:
<i>(entspricht Ihrer Mandatsreferenz und wird durch die Schmähling-Catering GmbH & Co. KG vergeben)</i>	
<i>Bitte nur eintragen, wenn bereits Kundennummer und Geheimzahl vorhanden sind (Änderungsmitteilungen).</i>	

gesetzlicher Vertreter/Kunde *(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)*

Name:	Vorname:	Tel.:
E-Mail:		
Straße:	PLZ:	Ort:

Zusendung von Informationen: ja nein

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Firma Schmähling Catering GmbH & Co. KG habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden.*

Ort:

Datum:

Name und Unterschrift des gesetzlichen Vertreters und Kontoinhabers:

Bitte Vorder- und Rückseite ausfüllen!

* Das Unternehmen ist jederzeit berechtigt, die AGB's nach Unternehmerentscheidung anzupassen.



Kita- & Schulverpflegung

Seniorenpflegung
 Betriebsrestaurants
 Eventcatering



SEPA- Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA- Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Schmähling Catering GmbH & Co. KG
Kindleber Straße 99
99867 Gotha

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE95ZZZ00000724013

[Name des Kindes]
[Kundennummer]

SEPA- Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Schmähling Catering GmbH & Co. KG

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
Schmähling Catering GmbH & Co. KG

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC/IBAN:

D E

Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

