

# Stammblatt

## KUNDE

Firma / Salon

Vorname

Nachname

Kunden-Nr.

USt-IdNr.

## ADRESSE

Straße

Haus-Nr.

PLZ

Ort

Land

## KONTAKT

Telefon

Mobil

E-Mail

## SEPA LASTSCHRIFTMANDAT

**Sichern Sie sich 2% SKONTO durch Teilnahme am SEPA Lastschriftverfahren.**

Kontoinhaber (wenn abweichend)

Bankinstitut

IBAN

BIC

Ich ermächtige die Firma SalonWerk GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SalonWerk GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Ort, Datum

Unterschrift Firmeninhaber / Kontobevollmächtigter <sup>1</sup>