**An die**

**COMRAMO KID GmbH**

**Bischofsholer Damm 89**

**30173 Hannover**

**Hinweis: Ihr Auftrag kann nur bearbeitet werden, wenn er vollständig ausgefüllt ist.**

**Leistungsempfänger: Rechnungsempfänger:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vorname: |  | |  |
| Nachname: |  | |  |
| Titel: |  | |  |
| Institution: |  | |  |
| Straße: |  | |  |
| PLZ/Ort: |  | |  |
| Telefon: |  | |  |
| Fax: |  | |  |
| COMRAMO Kundennummer: | **KT** |  | |

*(Für Bestandskunden: Sollten Sie Ihre Kundennummer nicht zur Hand haben, wenden Sie sich bitte an die Hotline unter der   
 Tel.-Nr.: +49 1806 543 767 bzw. +49 1806 KID SOS!* *Die Kosten betragen 20ct./Anruf aus dem deutschen Festnetz und max.   
 60ct./Anruf aus dem Mobilfunknetz.)*

**Die Abrechnung der Einrichtungsgebühr, der monatlichen Entgelte und ggf. der Verbrauchsentgelte erfolgt über den folgenden Weg:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| **Abrechnung durch Leistungsempfänger** | | |
|  | Die Abrechnung erfolgt über die beiliegende Einzugsermächtigung. Die Rechnung wird per E-Mail zugestellt. | |
| Bitte E-Mail Adresse eintragen: | |  |
|  | oder | |
|  | Abrechnung erfolgt über postalische Rechnungsstellung an die beantragende Einrichtung oder Person  *(Monatlich wird eine zusätzliche Verwaltungsgebühr von 5,00 € erhoben).* | |
| oder |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **­­­**  **Abrechnung durch Rechnungsempfänger (Abrechnungsstelle):** | | |
|  |  | |
| Name und Ort der Einrichtung: | | Debitorennummer: |
| Rechtsträger:  (wenn erforderlich) | |  |
| Haushaltsstelle:  (wenn erforderlich) | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (Ort, Datum) |  | (Name in Druckbuchstaben und Position) |  | (Unterschrift und Stempel der Einrichtung) |

1. **Löschung einer E-Mail-Adresse (inkl. aller evtl. dort noch gespeicherten Daten).**

*(Dies sollte nur dann gewählt werden, wenn der Mitarbeitende den kirchlichen Dienst der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers verlässt.)*

Die Löschung einer E-Mail-Adresse ist kostenlos!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| E-Mail-Adresse, die gelöscht werden soll: |  | |
| Datum zu wann die Löschung durchgeführt werden soll: | |  |

1. **Änderung einer E-Mail-Adresse. Kreuzen Sie bitte an, was geändert werden soll.**

Für die Änderung einer E-Mail-Adresse werden einmalig 14,90€ Bearbeitungsgebühr berechnet!

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Namensänderung |  | |  |  |
| Aktuelle E-Mail-Adresse: |  | | Neue E-Mail-Adresse: |  |
| Änderung des Mailservers | | | | |
| Aktueller E-Mail-Server: |  | | Neuer E-Mail-Server: |  |
| Standortwechsel (von KG zu KG oder von KG zu KA usw. erfolgt ohne Berechnung der Bearbeitungsgebühr) | | | | |
| Aktuelle Kunden-Nr: |  | | Neue Kunden-Nr: |  |
| Gruppenadresse in Postfach mit eigenen Zugangsdaten umwandeln. | | | | |
| Name der Gruppenadresse: | |  | | |
| Datum ab wann die Änderung durchgeführt werden soll: | |  | | |
| Datum bis wann die alte Adresse erhalten bleiben soll: | |  | | |

1. **Hinzufügen/Entfernen von Mitgliedern einer Gruppenadresse. Kreuzen Sie bitte an, was geändert werden soll.**

Das Hinzufügen/Entfernen einer E-Mail-Adresse aus einer Gruppenadresse ist kostenlos!

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Hinzufügen |  | |  |  |
| E-Mail-Adresse: |  | | Gruppenadresse: |  |
| Entfernen | | | | |
| E-Mail-Adresse: |  | | Gruppenadresse: |  |
| Datum zu wann die Änderung durchgeführt werden soll: | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (Ort, Datum) |  | (Name in Druckbuchstaben und Position) |  | (Unterschrift und Stempel der Einrichtung) |

**An (Zahlungsempfänger)**

**COMRAMO KID GmbH**

**Bischofsholer Damm 89**

**30173 Hannover**

**Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines Mandats für das:**

**SEPA-Basislastschriftverfahren**

**SEPA-B2B-Lastschriftverfahren**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zum Zahler (Kontoinhaber)** | | |
| Name | | Kunden-Nr./Debitor |
|  | |  |
| Straße und Hausnummer | PLZ und Ort |  |
|  |  | |
| Kreditinstitut des Zahlers | Konto-Nr. des Zahlers | |
|  |  | |
| BIC | IBAN | |
|  |  | |
| Kto.-Inhaber, wenn von oben abweichend |  | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zum Zahlungsempfänger** | | |
| Name | |  |
| **COMRAMO KID GmbH** | | |
| Straße und Hausnummer | PLZ, Ort und Land |  |
| **Bischofsholer Damm 89** | **30173, Hannover, Deutschland** | |
| Gläubigeridentifikationsnummer des Zahlungsempfängers | Mandatsreferenz | |
| DE 12ZZZ00000002857 | wird nachgereicht | |
| Häufigkeit der Mandatsnutzung |  | |
| einmalige Zahlung  wiederkehrende Zahlung |  | |

**1. Einzugsermächtigung**

Ich/Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

**2. SEPA-Lastschriftmandat**

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

**Hinweis für SEPA-Basislastschriftverfahren:**

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. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-

Basislastschrift wird der Zahlungsempfänger mich/uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

**Hinweis für SEPA-B2B-Lastschriftverfahren:**

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 Betrages zu verlangen. Ich bin/Wir sind berechtigt, mein/unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (Ort, Datum) |  | (Name in Druckbuchstaben und Position) |  | (Unterschrift und Stempel der Einrichtung) |