

Anmeldung Mobile Phone Anmeldung Mobile Data



Bitte füllen Sie den Anmeldebogen sorgfältig aus und schicken ihn an die angegebene Adresse zurück (E-Mail, Fax, Post).

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 unsere Hotline unter der Tel.-Nr.: +49 511 12401 767)

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)

Anmeldung Mobile Phone Anmeldung Mobile Data

Bitte füllen Sie den Anmeldebogen sorgfältig aus und schicken ihn an die angegebene Adresse zurück (E-Mail, Fax, Post).

An die
COMRAMO KID GmbH
Bischofsholer Damm 89
30173 Hannover

Es wird folgender Neuanschluß beantragt:

<input type="checkbox"/> Anmeldung Mobile Phone	Mobile Kommunikation ohne Anbindung an das geschützte COMRAMO-Netz
<input type="checkbox"/> Anmeldung Mobile DATA	Mobile Kommunikation mit Anbindung an das geschützte COMRAMO-Netz

Mobile Phone/Data Anzahl: ____
(Es gelten jeweils die Preise des Produktblattes in der aktuellen Version)

Endgerät Anzahl: ____ Gerätebezeichnung aus der Vodafone Familie: _____

Option: (Bitte mind. eine Option auswählen)

Datenpaket: 600 MB 5 GB

Zusatzpaket:

SMS Messaging Flat SMS Messaging Flat Allnet Happy Abend Flat
(Telefonie ins dtisch. Vodafone-Netz und ins dtisch. Festnetz in den Zeiten gemäß Vodafone)

COMRAMO Telefonflat (Handy zu Handy)

Anzahl Ultrakarten:

1 2 (monatlich je Ultrakarte 3,95 € zzgl. ges. MwSt.)

Kündigungsfrist und Mindestlaufzeit: Soweit im Einzelfall nicht abweichend vereinbart, gilt eine erstmalige Mindestlaufzeit von 24 Monaten und eine Kündigungsfrist von vier Monaten vor Vertragslaufzeit. Wird nicht rechtzeitig gekündigt, verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr. Kündigungen haben in Schriftform zu erfolgen

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Rückmeldebogen Einzugsermächtigung Mobile Phone/Mobile Data

Bitte füllen Sie das Einzugsermächtigungsformular sorgfältig aus und schicken es an die angegebene Adresse zurück (E-Mail, Fax, Post).

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 Bischofsholer Damm 89	PLZ, Ort und Land 30173, Hannover, Deutschland
Gläubigeridentifikationsnummer des Zahlungsempfängers DE 12ZZZ00000002857	Mandatsreferenz wird nachgereicht
Häufigkeit der Mandatsnutzung <input type="checkbox"/> einmalige Zahlung <input type="checkbox"/> 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)