**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.: +49 511 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) |

**An die**

### **COMRAMO KID GmbH**

# Bischofsholer Damm 89

**30173 Hannover**

Es wird folgender Neuanschluß beantragt:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Anmeldung Mobile Phone** | | | Mobile Kommunikation **ohne** Anbindung an das geschützte COMRAMO-Netz | | | | | | | | |
|  | | **Endgerät** Anzahl:  Gerätebezeichnung aus der Vodafone Familie: | | | | | | | | | | | |
| **Option:** *(Bitte mind. eine Option auswählen)* | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Datenpaket:** | | | **600 MB  2 GB  6 GB** | | | | | | | | |
|  | | **Anzahl OneNumber** (Ultrakarte): | | | | | | | | | | | |
|  | |  | 1 | | |  | 2 | |  | (*monatlich je OneNumber 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. Nach Ablauf der Mindestlaufzeit kann der Vertrag monatlich gekündigt werden. Kündigungen haben in Schriftform zu erfolgen. | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | |  |
|  | | (Ort, Datum) | | | | | |  | | | (Unterschrift) |

**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-

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

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.