



# Neukundenanmeldung

Bitte füllen Sie folgenden Fragebogen aus und faxen ihn mit einer Kopie Ihres Gewerbenachweises und des aktuellen Firmenbriefkopfes an unser kostenfreies Fax: 0800 291315

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| Firmenname              | _____ |
| Straße                  | _____ |
| PLZ/Ort                 | _____ |
| Telefon                 | _____ |
| Fax                     | _____ |
| Ansprechpartner/-in     | _____ |
| E-Mail                  | _____ |
| Inhaber/Geschäftsführer | _____ |
| Steuer-Nr.              | _____ |
| Umsatzsteuer-IdNr.      | _____ |

## Welchen Service möchten Sie nutzen?

Ich möchte mich kostenlos im Autoteile Post Online-Shop unter **shop.autoteile-post.at** anmelden.

☐ Ja

☐ Nein

Wir halten Sie in Zukunft mit unseren Neuigkeiten auf dem Laufenden.

Nachtexpress Depot vorhanden?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, bei welchem Nachtexpressdienst.

☐ NOX Nachtexpress

☐ Nightstar

☐ Sonstige

## **SEPA-Firmenlastschriftmandat (B2B-Mandat)** (Zahlungsempfänger)

Autoteile Post AG, Fuggerstr. 9-11, 41352 Korschenbroich (Telefon: +49 2161 9957-11 / Fax: 0800 291315)  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE37 ZZZO 0000 0709 86

**Mandatsreferenz:** \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ **A1** (Kundennummer)

Ich ermächtige die Autoteile Post AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Autoteile Post AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin berechtigt, mein Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlungen

|                                 |                                                             |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Vorname, Name des Kontoinhabers | Anschrift des Kontoinhabers: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort   |
| Name des Kreditinstituts        | Anschrift des Kreditinstituts: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort |
| BIC _____                       |                                                             |
| AT _____<br>IBAN _____          |                                                             |
| Kontonummer                     | BLZ                                                         |

Die erste Abbuchung erfolgt innerhalb von 14 Tagen netto nach Rechnungserhalt.

|            |              |
|------------|--------------|
| Datum, Ort | Unterschrift |
|------------|--------------|

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Originalformular per Post an uns zurück. Wir leiten es an Ihr Kreditinstitut weiter.