

Änderung der Bankverbindung



■ Ihre Kundendaten bei uns

Kunden-Nr. / Abo-Nr.: _____

Herr Frau

Name, Vorname Karteninhaber/-in: _____

Wohnhaft bei: _____

Geburtsdatum Karteninhaber/-in: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

WNS GmbH
Abo-Center-Westpfalz
Postfach 2650
67614 Kaiserslautern
www.wns-kl.de

Kundenservice
Telefon 0631 34 100 100
Telefax 0631 34 100 109
abo@wns-kl.de

■ SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

■ SWK Stadtwerke Kaiserslautern
Verkehrs-AG, 67657 Kaiserslautern
Gläubiger-ID: DE41ZZZ0000086628

■ DB Regio Bus Mitte GmbH
Erthalstr. 1, 55118 Mainz
Gläubiger-ID: DE464AR0000002245

■ WNS GmbH, Abo-Center-Westpfalz
Postfach 2650, 67614 Kaiserslautern
Gläubiger-ID: DE53ZZZ0000097957

Ich ermächtige das Unternehmen mit meiner Unterschrift bis auf weiteres, Zahlungen zum oben genannten Jahresabonnement von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom o.g. Unternehmen auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Sollte dem Unternehmen bereits ein gültiges Lastschriftmandat von mir vorliegen, kann das Unternehmen weitere Verträge dem bestehenden Mandat zuordnen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck und für die Dauer der Vertragsabwicklung unter Beachtung der Datenschutzvorschriften (Art. 6 und 13 EU-DSVGO) vom Unternehmen gespeichert und verarbeitet werden.

Das Unternehmen behält sich vor, eine Bonitätsprüfung durchzuführen. Zu diesem Zwecke sowie im Falle einer Zahlungsunfähigkeit werden Ihre Daten an eine Wirtschaftsauskunftei weitergeleitet. Sollten Sie der Speicherung, Nutzung und Weitergabe Ihrer Daten zu den oben genannten Zwecken nicht zustimmen, kommt der Abonnementvertrag unter Umständen nicht zustande, bzw. kann nicht fortgesetzt werden.

.....
Name, Vorname Kontoinhaber/in

.....
Anschrift Kontoinhaber/in

.....
Geburtsdatum Kontoinhaber/in

.....
Name und Sitz des Kreditinstituts/Bank

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN (International Bank Account Number)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (Bank Identifier Code)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Bestellers, ggf. gesetzl. Vertreters/in
oder der Erziehungsberechtigten (bei Minderjährigen)

.....
Unterschrift Kontoinhaber/in

■ Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: WNS GmbH, Abo-Center-Westpfalz, Postfach 2650, 67114 Kaiserslautern