

Änderung der Bankverbindung

Westpfälzische
Nahverkehrs-
Service GmbH



■ Gültig ab: _____

 Ihre Kundendaten bei uns

Kunden-Nr. / Abo-Nr.: _____

Herr Frau Divers

Name, Vorname Karteninhaber*in:

Wohnhaft bei:

Geburtsdatum Karteninhaber*in:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

E-Mail:

■ SERA Institute of Higher Education | www.sera.edu.in | +91-9895000000

■ SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

- SWK Verkehrs-AG Kaiserslautern
Stiftswaldstr. 4, 67657 Kaiserslautern
Gläubiger-ID: DE41ZZZ0000086628

- DB Regio Bus Mitte GmbH
Erthalstr. 1, 55118 Mainz
Gläubiger-ID: DE464AR00000002245

- WNS GmbH, Abo-Center-Westpfalz
Stiftswaldstr. 4, 67657 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 zur Geltung, 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 Besteller*in, ggf. gesetzl. Vertreter*in
oder Erziehungsberechtigte*r (bei Minderjährigen)

Unterschrift Kontoinhaber*in

■ Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: WNS GmbH, Abo-Center-Westpfalz, Postfach 2650, 67614 Kaiserslautern