

Absender:
.....
.....
.....

Tel. dienstl.:

Tel. privat:

E-Mail:

Beteiligungs- und Betriebsgesellschaft Bautzen mbH
Schäfferstraße 44
02625 Bautzen

Tel.: 03591/4644-0
Fax: 03591/4644-99

Reservierung Dauerparkplatz

Parkplatz „Am Taschenberg“

Hiermit bitte ich um verbindliche Reservierung auf dem Parkplatz „Am Taschenberg“ in Bautzen

vom bis zum*

unbefristet*

vonStellflächen.

Die monatliche Miete je Stellplatz beträgt 30,00 € (inkl. der derzeit geltenden MwSt.). Die Abbuchung der Monatsmiete erfolgt jeweils am 15. des laufenden Monats.

Mit der Reservierung erkenne ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für die Nutzung von Stellplätzen auf dem Parkplatz der Beteiligungs- und Betriebsgesellschaft Bautzen mbH „Am Taschenberg“ an.

Ich/Wir sind vorsteuerabzugsberechtigt und benötigen einen Nachweis für das Finanzamt.*

Ich erteile Ihnen hiermit die Einzugsermächtigung von meinem Konto für die Abbuchung des Entgeltes entsprechend der vorgenannten Reservierung.

Bei Lastschrifteinzug unbedingt das Formular auf der nachfolgenden Seite ausfüllen und im Original zusenden. Nur vollständig und korrekt ausgefüllte Anträge können bearbeitet werden.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Vertragsabwicklung in einem Datenverarbeitungssystem gespeichert und weiterverarbeitet werden.

Datenschutzhinweis :

Die für das Vertragsverhältnis notwendigen personenbezogenen Daten werden nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) zweckgebunden erhoben, verarbeitet und genutzt.

Datum:

Unterschrift:

* Zutreffendes bitte ankreuzen.

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:

Beteiligungs- und Betriebsgesellschaft Bautzen mbH

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Straße und Hausnummer: *Schäfferstraße 44*

Postleitzahl und Ort: *02625 Bautzen* **Land:** *Deutschland*

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE11ZZZ00000276609

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Land:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort:

Datum:

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):