



## Antrag auf Eröffnung eines Kundenkontos

Bitte um Zusendung per E-Mail.

### Kundenangaben:

Die mit Stern \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

Firma/ Branche	
Name*	
Vorname*	
Geburtsdatum (TT/MM/JJ)*	
Straße/ Hausnummer*	
PLZ / Ort*	
Telefon privat*	
Mobil	
Telefon geschäftlich	
E-Mail (auch für Rechnungsversand als PDF-Datei)	

### Lieferanschrift:

Straße/ Hausnummer:	PLZ / Ort:
<input type="checkbox"/> Neubau <input type="checkbox"/> Ausbau / Anbau <input type="checkbox"/> Sonstiges	

### Einkaufsberechtigt sind außer dem Antragssteller folgende Personen:

Name, Vorname:
----------------

### Zahlungsweise: (Bitte ankreuzen)

- Ich bezahle per Überweisung  
 Ich zahle per Lastschrift und erhalte 4 % Skonto. (Extra Formular ausfüllen!)

Die allgemeinen Lieferungs- und Zahlungsbedingungen der Firma Lücking Baustoffe GmbH & Co. KG wurden mit ausgehändigt. Es liegen bei mir/uns keine Umstände vor, die eine Kreditlieferung behindern könnten. Ich bin damit einverstanden, dass die hier erteilten Angaben EDV-technisch aufbereitet werden und anfallende Folgedaten abgespeichert werden und die vorgenannte Firma Auskünfte (Schufa/Bank) über mich/uns einholt. Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------



# Bauzentrum Lücking

info@bauzentrum-luecking.de · www.bauzentrum-luecking.de

Lücking Baustoffe GmbH & Co.KG  
33165 Lichtenau · Neuer Weg 1  
Telefon 05295 9866-0 · Fax 05295 9866-89

Niederlassung  
33014 Bad Driburg · Brakeler Str. 39  
Telefon 05253 1866 · Fax 05253 1866

Niederlassung  
33184 Altenbeken-Buke · Industriestr. 1  
Telefon 05255 7610 · Fax 05255 930991

**ideen & Machen**  
Gemeinsam für deinen Traum

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:**

**Lücking Baustoffe GmbH & Co.KG**

**Neuer Weg 1**

**33165 Lichtenau**

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE 57ZZZ00000122327

**Mandatsreferenz = Ihre Kundennummer:**

(vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

### **SEPA-Basislastschrift - Mandat für wiederkehrende Zahlungen**

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 gezogene Lastschrift einzulösen.

Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende oder Feiertag verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den 1. folgenden Werktag.

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 / unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedinungen.

**Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/ Ort: \_\_\_\_\_

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E -----

**BIC (8 oder 11 Stellen):** \_\_\_\_\_ **Name des Kreditinstituts:** \_\_\_\_\_

**Weitere Vereinbarung:**

Hiermit wird die Verkürzung der PRE-Notification (Frist zur Vorabinformation) für SEPA-Lastschriften entsprechent der vereinbarten Zahlungsbedinungen, mindestens jedoch auf 3 Tage vor Fälligkeitsdatum, bestätigt.

Ort, Datum:	Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen
-------------	--