



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:
-------------	---------------



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 Bedingungen.

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Vorname, Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl/ Ort: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

DE _____

BIC (8 oder 11 Stellen):

Name des Kreditinstituts:

Weitere Vereinbarung:

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

Ort, Datum:

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen