

Per Fax an: 0611 / 9 777 333

Auftraggeber:

Firma/Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

(Ihre Benutzerkennung, mit der Sie sich bei Terminland® Easy oder Free anmelden)

System-Nr. _____

(Falls bekannt)

Terminland GmbH
 Kreuzberger Ring 44 a
 65205 Wiesbaden

Bitte ankreuzen:	Monatliche Nutzungsgebühr
<input type="checkbox"/> Zusätzlich benötigte Terminpläne Anzahl:	6,90 € (pro zusätzlichem Terminplan)
Optionale Zusatzpakete	
<input type="checkbox"/> Telefonischer Support	6,90 €
<input type="checkbox"/> Kalender-Synchronisation	6,90 €
<input type="checkbox"/> SMS-Versand bis 100 SMS/Monat	6,90 €
<input type="checkbox"/> SMS-Versand bis 200 SMS/Monat	13,80 €

Die genannten Preise sind zuzüglich 19% MwSt. Die Zahlung erfolgt per **Bankeinzug**. Es gelten die allgemeinen Geschäftsbedingungen und die allgemeinen Geschäftsbedingungen für die Bevollmächtigung zur Auftragsdatenverarbeitung.

Durch Ihre Unterschrift beauftragen Sie die Terminland GmbH mit der oben angegebenen Dienstleistung. Die Vertragslaufzeit beginnt mit der Freischaltung der kostenpflichtigen Optionen und beträgt 1 Monat. Sie verlängert sich jeweils um 1 Monat, wenn der Vertrag nicht mit einer Frist von 2 Wochen zum Ende der Vertragslaufzeit schriftlich gekündigt wird.

 Ort, Datum

 Unterschrift

Ich bin auf Terminland® aufmerksam geworden (optionale Angabe, vielen Dank für Ihre Mithilfe):

über das Internet durch: _____

durch Empfehlung von: _____

Sonstiges: _____

Per Fax an: 0611 / 9 777 333

Umsatzsteuer-ID (optional): _____

Die Umsatzsteuer-ID ist nur bei ausländischen Kunden für die Rechnungsstellung relevant.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE11ZZZ00002177227
Mandatsreferenz: wird Ihnen gesondert mitgeteilt

Hiermit ermächtige ich die Terminland GmbH, die monatliche Nutzungsgebühr bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Terminland GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift