ALBA Berlin GmbH
Flottenstr. 7-9
13407 Berlin

Kundenkonto-Nr.: .....

für Anlage:

☐ Flottenstr. 9, 13407 Berlin

☐ Marzahner Straße 35, 13053 Berlin

☐ Schulzendorfer Str. 13, 16269 Wriezen

Name / Firmenbezeichnung: .....

Straße: .....

PLZ / Ort: .....

Telefon: ..... Fax: .....

USt.-Nummer: **DE** .....

Bankverbindung: .....

IBAN: ..... BIC: .....

Einzugsermächtigung: ja ☐ nein ☐

Bei FIRMA Rechtsform eintragen und Unterlagen beifügen:

- Einzelunternehmer
  Kopie der Gewerbeanmeldung
- GbR (Gesellschaft bürgerlichen Rechts)
  Kopie der Gewerbeanmeldung
- oHG (offene Handelsgesellschaft)
  Handelsregisterauszug
  Kopie der Gewerbeanmeldung
- GmbH
  Handelsregisterauszug
  Geschäftsführer .....
  Kopie der Gewerbeanmeldung
- KG (Kommanditgesellschaft)
  Handelsregisterauszug
  Geschäftsführer .....
  Kopie der Gewerbeanmeldung
- GmbH & Co. KG
  Handelsregisterauszug
  Geschäftsführer .....
  Kopie der Gewerbeanmeldung

Gewünschter Kreditrahmen: EUR .....

Wir machen darauf aufmerksam, dass bei Erreichen des genehmigten Kreditrahmens das Konto automatisch gesperrt wird. Ab Überfälligkeit der Forderung berechnen wir den jeweils gültigen Überziehungszins unserer Hausbank. Der Unterzeichner dieses Antrages haftet gesamtschuldnerisch für den Ausgleich des Kontos.

Datum

Unterschrift / Stempel

ALBA
Wir sind die Zukunft.

SEPA-Basis-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger vergeben)
Mandate reference (to be completed by the creditor)

Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich stimme/Wir stimmen zu, dass mir/uns die **Pre-Notifikation** bis spätestens **einen Kalendertag** vor dem jeweiligen Fälligkeitsdatum übermittelt werden kann. **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.

By signing this mandate form, you authorise (A) {NAME OF CREDITOR} to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from {NAME OF CREDITOR}. You also agree that the **pre-notification** may be sent to you at the latest **one calendar day** before the relevant due date. **Note:** As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Name des Zahlungspflichtigen*
Name of the debitor(s)*

Name des Kontoinhabers Name of the debitor(s)

Anschrift des Zahlungspflichtigen*
Address of the debitor(s)*

Straße und Hausnummer Street name and number

PLZ und Ort Postal code and city

Land Country

Internationale Bankkontonummer*
Your account number*

IBAN des Zahlungspflichtigen Account number - IBAN

Internationale Bankleitzahl des Instituts*
Bank Identifier Code*

SWIFT BIC/Bank Identifier Code des Zahlungspflichtigen SWIFT BIC

Name des Instituts*
Bank Name*

Name des Instituts Bank Name

Vertragsnummer
Contractnumber

Zahlungsart*
Type of payment*

☐ Wiederkehrende Zahlung Recurrent payment ○ Einmalige Zahlung One-off payment

Identifikationsnr. des Zahlungsempfängers*
Creditor's identifier*

DE24 ZZZ 000 003 782 25

Gläubiger-Identifikationsnummer Creditor identifier

Name des Zahlungsempfängers*
Creditor's name*

ALBA Berlin GmbH

Name des Zahlungsempfängers Creditor name

Anschrift des Zahlungsempfängers*
Adress of the creditor(s)*

Flottenstraße 7-9

Straße und Hausnummer Street name and number

13407 Berlin

PLZ und Ort Postal code and city

Deutschland

Land Country

Unterzeichnet in*
City or town in which you are signing*

Ort, Datum Location, Date

Unterschriften des Zahlungspflichtigen*
Signature(s) of the debitor(s)*

Unterschrift(en) Signature(s)

Hinweis: Meine/Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/wir von meinem/unserem Kreditinstitut erhalten kann/können.

Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

* = Pflichtfelder * = mandatory fields

ALBA Berlin GmbH | Flottenstraße 7-9 | 13407 Berlin | kundenservice-berlin@alba.info
Sitz: Berlin | Registergericht: Amtsgericht Berlin-Charlottenburg | HRB 84334 B | USt.-ID-Nr.: DE225999036
Commerzbank AG | IBAN: DE96 1008 0000 0669 5590 00 | BIC: DRESDEFF100
Geschäftsführer: Tobias-Christian Schütte, Dr. Christoph Franzke, Christoph Gombert, Dr. Jens Thieme