

KD-Nr.: .....



Firma  
**Ilm-Provider UG**  
(haftungsbeschränkt)  
Marienstraße 2

Telefon: 03677 / 89 2 9999  
Telefax: 03677 / 89 2 9988  
Internet: [www.ilm-provider.de](http://www.ilm-provider.de)  
E-Mail: [info@ilm-provider.de](mailto:info@ilm-provider.de)

D-98693 Martinroda

SEPA-Lastschriftmandatsreferenz: .....  
(wird von Ilm-Provider ausgefüllt)

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE20ZZZ00000016390**

### Bankeinzug – SEPA Lastschriftverfahren

#### SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Ilm-Provider UG (haftungsbeschränkt), wiederkehrende Zahlungen von meinem / von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Ilm-Provider UG (haftungsbeschränkt) 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.

Sollte die Lastschrift mangels Deckung bzw. falscher Kontoverbindung/sonstigen Gründen zurück gebucht oder widersprochen werden, wird mir/uns die Ilm-Provider UG (haftungsbeschränkt) die dafür anfallenden Kosten und zusätzlich die Bearbeitung in Rechnung stellen.

Kontoinhaber: .....

Anschrift: .....

Bank: .....

IBAN: \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

BIC: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_

Ort:

.....  
Datum:

Unterschrift Kontoinhaber:

.....

Sparkasse Arnstadt-Ilmenau  
BIC: HELADEF1ILK  
IBAN: DE71840510101150004440

Sitz der Gesellschaft: Martinroda/Thür.  
Amtsgericht Jena: HRB 503470  
Geschäftsführer: Christian Knöfel, Felix Möller  
USt-IdNr.: DE263613900

Telefon: 03677/8929999  
Telefax: 03677/8929988  
email: [info@ilm-provider.de](mailto:info@ilm-provider.de)  
[ilm-provider.com](http://ilm-provider.com)

