



UW-PLUS-Paket M

Vertragsnummer: _____ (füllt UW aus)

Auftragnehmer
Unternehmensberatung Wißgott Getreidering 3 29308 Winsen Tel: 05143 / 669627 Fax: 05143 / 6690834 Email: info@uw-b.de http://www.uw-b.de

Im folgenden kurz UW genannt

Auftraggeber	
Pflegeeinrichtung:	
Bezeichnung:	
Straße:	
Plz / Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	
Vor- u. Nachname des Vertreters:	

Bitte unbedingt vollständig ausfüllen

PLUS-Leistungen:

1. **Bis zu drei Stunden telefonische Beratung**, je Monat
2. **UW-PLUS-Info:** Quartalsweise Informationen, Konzeptionen und Arbeitshilfen
3. **UW-Vertragskundenpreis** bei UW-Seminarbuchungen
4. **5% Nachlass** auf alle UW-Beratungsleistungen und Inhouseseminare

Der Preis beträgt monatlich 195 Euro. (163,87 Euro zzgl. 19% Umsatzsteuer 31,13 Euro)

Der Betrag ist jeweils zum fünfzehnten eines jeden Monats fällig. Der Auftraggeber erteilt der UW einen Abbuchungsauftrag für Lastschriften zum Einzug der Beratungshonorare mittels Lastschriftverfahren.

Die Vereinbarung wird mit Unterzeichnung des Auftraggebers wirksam und ist beiderseitig mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Quartals kündbar.

Datum / Unterschrift Auftraggeber



Anlage zum UW-PLUS-Paket M

SEPA-Firmen-Lastschrift-Mandat

Zahlungsempfänger	
Name:	Unternehmensberatung Wißgott
Straße:	Getreidering 3
Plz / Ort:	29308 Winsen (Aller)

Kontoinhaber	
Name:	
Straße:	
Plz / Ort:	

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 69 UWB 00000540666

Mandatsreferenz wird noch mitgeteilt

Ich/wir ermächtige/n die Unternehmensberatung Wißgott, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. **Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Unternehmensberatung Wißgott auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.**

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich/wir bin/sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich/wir bin/sind berechtigt, mein/unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Kontoinhaber _____

IBAN _____

BIC _____

(Ort und Datum)

(Unterschrift)