

Antrag auf Teilzahlung

Per Fax an: 0201 / 31 96 268

Bezüglich der Kaufpreisforderung aus dem Kaufvertrag für mein Produkt.

Rechnungsdatum _____

Rechnungsnummer _____

Kaufpreis in Euro _____

Rechnungsempfänger:

Vorname / Name

Strasse / Hausnummer

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Personalausweis-Nr.

Meine gewünschte Laufzeit:

12 Monate 18 Monate 24 Monate

Mein Dienstleister ermittelt anhand dieser Angaben meine monatliche Rate. Diese Angaben sind Bestandteil meiner Teilzahlungsvereinbarung mit dem Dienstleister.

Gewünschter Zahlungstermin:

zum 1. eines Monats zum 15. eines Monats

Rechnungsstellung durch opta data ®

Ich wurde durch meinen Dienstleister darüber informiert, dass er seine Kaufpreisforderung an die in diesem Antrag bezeichnete Abrechnungsfirma opta data Abrechnungs GmbH abtreten wird und ich meine Rechnung von dieser Firma erhalte. Meine Zahlungen an diese Firma erfolgen dann mit schuldbefreiender Wirkung.

Ort, Datum / Unterschrift des Antragstellers
(Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben)

Kundennummer des Dienstleisters