



Anmeldung für ikalo-extra:

Hiermit werde(n) ich/wir Mitglied(er) der Werbeplattform IKALO: www.ikalo.de

Hier: Online-Marktplatz unter: IKALO - EXTRA

| | |
|---|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Strasse | |
| PLZ, Ort | |
| Firmen Details | |
| Firmenname (Logo bitte per Mail) | |
| Branche | |
| Strasse | |
| PLZ, Ort | |
| Telefon | |
| Telefax | |
| Email | |
| Webseite | |
| Bundesland | |
| Landkreis | |
| Stadt oder Verbandsgemeinde | |
| Stadtteil | |

Branche: (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Banken und Versicherungen**
- Bauen und Renovieren - Immobilien**
- Bücher und Zeitschriften**
- Cafes**
- Coaching und Schulen**
- Dienstleistungen**
- EDV, IT**
- Essen und Trinken**
- Gaststätten, Restaurants, Hotels**
- Gesund & Aktiv**
- Industrie**
- Kultur**
- Mobilität**
- Mode, Schmuck, Beauty**
- Pflege und Senioren**
- Presse**
- Recht und Steuer**
- Reisebüro**
- Schöner Wohnen**
- Tiere**
- Werbeagenturen**
- Sonstige** _____

**Die Veröffentlichung bei ikalo-extra soll in folgenden
KFZ – Kennzeichen – Bereichen erfolgen:**

PREIS:

Der **Jahresbeitrag** beträgt **240,00 €** (zzgl. MWST).

Die Mitgliedschaft gilt ab Monat _____ 2023 für ein Jahr.

Sie verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn sie nicht 4 Wochen vor Ablauf gekündigt wird.

Die Beiträge werden per SEPA Lastschriftmandat eingezogen, eine Rechnung wird als PDF-Datei per Email zur Verfügung gestellt. Bitte füllen Sie das Formular SEPA-Firmenlastschrift-Mandat auf Seite 4 mit aus.

Mit der Zusendung Ihrer Rechnung wird die Mitgliedschaft rechtsgültig.

Bitte senden Sie die Anmeldung an: post@ikalo.de

Oder:

IKALO UG (haftungsbeschränkt)

Donnenstrasse 24

57539 Etzbach / Sieg

SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

Gläubiger-ID-Nr.: DE42 5735 1030 0055 0047 25

Mandatsreferenz-Nr.: Mitgliedsnummer (wird Ihnen separat mitgeteilt)

Ich ermächtige IKALO-UG Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von IKALO – UG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name, Vorname (Mitglied)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Name, Vorname (Kontoinhaber)

IBAN

BIC

Name des Kreditinstitutes

Ort/ Datum

Unterschrift (Kontoinhaber)