

1 Änderungsmitteilung – Zahlungsart

Bitte füllen Sie das vorliegende Formular vollständig und gut leserlich in Druckbuchstaben aus. Zutreffende Felder bitte ankreuzen.

2 Firmenbezeichnung, Rechtsform

3 Toll Collect Benutzernummer

4 Aktuelle Zahlungsart

5 AirPlus Road Account 6 Guthabenabrechnung 7 LogPay Verfahren 8 Tankkarte / Flottenkarte

9 Gewünschte neue Zahlungsart

10 Hiermit ermächtige ich die Toll Collect GmbH, die aus dem Nutzungsverhältnis entstehenden Forderungen über die folgende angekreuzte Zahlungsweise abzurechnen. Bitte kreuzen Sie eine der erwähnten Zahlungsweisen an, da ansonsten automatisch eine Registrierung auf Guthabenabrechnung erfolgt. (Bitte **nur eine Zahlungsweise** auswählen.)

11 AirPlus Road Account

12 Road Account Nummer

13 Guthabenabrechnung Sie können sich nur bei ausreichender Deckung Ihres Benutzerkontos in das Mauterhebungssystem einbuchen.

13a Bitte beachten Sie, dass die Änderung der Zahlungsart auf Guthabenabrechnung nur wirksam wird, wenn innerhalb von 10 Tagen das Konto 291 003 1020, Bankleitzahl 501 103 00 bei DVB Bank AG, unter Angabe Ihrer Benutzernummer und dem Texthinweis „MAUT“ mit einem ausreichenden Guthaben aufgefüllt wurde.

14 LogPay Verfahren Zur Teilnahme an diesem Verfahren fügen Sie bitte das ausgefüllte Formular „Abbuchungsauftrag“ bei.

15 Kontoinhaber (Name, Vorname – falls abweichend vom Benutzer)

16 BLZ 17 Kontonummer

18 Kreditinstitut

19 IBAN (International Bank Account Number)

20 BIC (Bank Identifier Code)

21 Tankkarte/Flottenkarte

22 (Bitte nur eine Auswahl treffen)

Aral/BP DKV Esso euroShell EuroToll Service GmbH

Global Star LOMO Mercedes Service Card Multi Service PLOSE

RESSA SVG TOTAL Trasposervizi UTA

23 Kundennummer:

An

(Ihr Kreditinstitut)

¹ Abbuchungsauftrag

² Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig und gut leserlich aus und senden Sie es unverzüglich an die Toll Collect GmbH zur Weiterleitung an Ihre Bank zurück. Sie können bei Bedarf auch ein Standardformular Ihrer Bank verwenden.

| | |
|---------------------------|--------------------------|
| ³ Kontoinhaber | |
| ⁴ Straße, Nr. | |
| ⁵ PLZ, Ort | |
| ⁶ BLZ | ⁷ Kontonummer |

⁸ Hiermit ermächtigen wir Sie bis zum gegenteiligen Auftrag, die von der DVB Bank AG (BLZ 501 103 00, Kto. 2 910 031 705; BIC/ SWIFT: DVKB DE FF; IBAN: DE34501103002910031705) für uns eingehenden Lastschriften zu Lasten unseres oben genannten Kontos bei Ihnen einzulösen. Auf ein Widerspruchsrecht gegen die Einlösung der Lastschrift wird verzichtet. Wenn unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht keine Verpflichtung, die Lastschrift einzulösen. Teileinzahlungen sind nicht möglich.

⁹ Ort, Datum

Unterschrift und ggf. Firmenstempel