



Umzugsmeldung

Ab-/Anmeldung

für Ihre Strom- bzw. Erdgasversorgung

Stadtwerke 
OELSNITZ/V.

Wichtig: Umzugsmeldung muss **mind. 10 Tage** vor Umzug bei der Stadtwerke OELSNITZ/V. GmbH vorliegen

Kunde

Name, Vorname^{*1}/Firmenbezeichnung, Ansprechpartner^{*2}

Kundennr.

Telefon

Fax

E-Mail

Bisherige Entnahmestelle

Straße*

Hausnr.*

Postleitzahl*

Ort*

Netzbetreiber*

Marktlaktionsnummer

Abmeldung zum

Ende Mietvertrag*

Zählernummer*

Zählerstand lt. Übergabeprotokoll*

Hauseigentümer

Name, Vorname^{*1}/Firmenbezeichnung, Ansprechpartner^{*2}

Straße*

Hausnr.*

Postleitzahl*

Ort*

Telefon

Fax

E-Mail

Rechnungsadresse

Name, Vorname^{*1}/Firmenbezeichnung, Ansprechpartner^{*2}

Straße*

Hausnr.*

Postleitzahl*

Ort*

Neue Entnahmestelle

Straße*

Hausnr.*

Postleitzahl*

Ort*

Netzbetreiber*

Marktlaktionsnummer

Anmeldung zum

Beginn Mietvertrag*

Zählernummer*

Zählerstand lt. Übergabeprotokoll*

Bemerkungen (Personen im Haushalt, ...):



Ich verlange ausdrücklich, dass die Stadtwerke OELSNITZ/V. GmbH die Energie für die neue Entnahmestelle liefert. Der Vertrag aus der bisherigen Entnahmestelle wird gemäß Ziff. 10.2 der AGB übernommen.



Ich weiß, dass ein eventuell erteiltes SEPA-Lastschriftmandat mit An-/Abmeldung erlischt und ich dieses neu erteilen muss. Sofern ich das SEPA-Lastschriftmandat neu erteilen möchte, verwende ich das Formular auf der Rückseite dieses Formulars.



Ort, Datum*



Unterschrift Kunde*

*=Pflichtangaben, ¹=Privatkunden, ²=Gewerbekunden

Stadtwerke OELSNITZ/V. GmbH · Boxbachweg 2 · 08606 Oelsnitz/V. Tel 037421 408-40 E-Mail beratung@swoe.de

bitte wenden 

www.vogtland-energie.de

Abmeldung

Anmeldung

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger/Gläubiger: Stadtwerke OELSNITZ/V. GmbH, Boxbachweg 2 in 08606 Oelsnitz/V.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE75ZZZ00000007543 Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (falls abweichend von Kunde)

Name, Vorname*¹/Firmenbezeichnung*²

Straße*

Hausnr.*

Postleitzahl*

Ort*

IBAN*

BIC*

Der Zahlungspflichtige stimmt zu, dass Schriftverkehr jeder Art dem Kunden übermittelt wird. Dies betrifft auch Schreiben mit Informationen über Abschlags- und Rechnungsbeträgen sowie deren Fälligkeitstermine. Der Zahlungsempfänger ist berechtigt, eventuell entstehende Rücklastgebühren des Kreditinstitutes dem Zahlungspflichtigen weiterzuberechnen.

X

Ort, Datum*

X

Unterschrift Zahlungspflichtiger*