

AUFTRAGSFORMULAR

Ich bestelle die Siegener Zeitung als

☐ **Print-Abo** zum jeweils gültigen Preis von derzeit **monatlich 50,90 €** inkl. MwSt. und Zustellkosten (Außerhalb des Verbreitungsgebietes beträgt der Preis derzeit **monatlich 57,90 €** inkl. MwSt. und Zustellkosten)

☐ **Digital-Abo** (E-Paper und SZ+) zum jeweils gültigen Preis von derzeit **monatlich 36,90 €** inkl. MwSt.

☐ **Komfort-Abo** (Print, E-Paper und SZ+) zum jeweils gültigen Preis von derzeit **monatlich 56,90 €** inkl. MwSt. und Zustellkosten

für die Dauer von mindestens ☐ **12 Monaten** ☐ **24 Monaten**

Meine Wunschprämie: _____

Bezugsbeginn* _____

Vor- und Zuname* _____

Straße, Haus-Nr.* _____ PLZ, Ort* _____

E-Mail* _____ Tel.-Nr. _____

Geb.-Datum* _____ Elektronische Unterschrift¹ _____

☐ Ich bin damit einverstanden, dass ich vom Verlag per E-Mail, Post sowie per Telefon kontaktiert werde. Ich kann dieses Einverständnis jederzeit widerrufen.

VERLAGSGARANTIE DER SIEGENER ZEITUNG:
Ich bin berechtigt, innerhalb von zwei Wochen die Bestellung des Abonnements schriftlich bei der Siegener Zeitung, Obergraben 39, 57072 Siegen, zu widerrufen.

¹ Mit Eingabe Ihres vollständigen Namens und der Übermittlung des ausgefüllten Formulars gilt die Bestellung als elektronisch unterzeichnet

SEPA-LASTSCHRIFTENMANDAT / EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich ermächtige die Siegener Zeitung, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift ab dem 5. Werktag eines Monats einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Siegener Zeitung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Das SEPA-Lastschriftenmandat kann ich jederzeit widerrufen.

Die Gläubiger-Identifikationsnummer der Siegener Zeitung lautet: DE94 005 0000 034 0105

☐ **monatlich**

☐ **halbjährlich**
1,5 % Skonto

☐ **vierteljährlich**
1,5 % Skonto

☐ **jährlich**
2,5 % Skonto

Kreditinstitut (Name)* _____

IBAN* _____

Ort, Datum _____ Elektronische Unterschrift¹ _____

Wenn mein (unser) Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Diese Erklärung ist so lange gültig, bis ich (wir) sie schriftlich widerrufe(n).

* Pflichtfeld