

Wilhelm Büchner Hochschule  
Buchhaltung  
Postfach 10 01 64  
64201 Darmstadt

### Kostenübernahmeerklärung für Firmen

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

\_\_\_\_\_  
Firmenname

\_\_\_\_\_  
Kundennummer Firma (falls bekannt)

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner Personal

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Name Mitarbeiter/in

\_\_\_\_\_  
Kundennummer Mitarbeiter/in (falls bekannt)

**Wir erklären uns bereit, die monatlich fälligen Studiengebühren sowie die Prüfungsgebühren für die Abschlussarbeit und ggf. anfallende Seminargebühren für unsere/n Mitarbeiter/in zu übernehmen.**

Anmerkungen:

Die Bezahlung erfolgt durch (bitte ankreuzen):

**Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat**

**Einzugsermächtigung**

Ich ermächtige die Hochschule für Berufstätige Darmstadt GmbH widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die Hochschule für Berufstätige Darmstadt GmbH, Zahlungen mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hochschule auf mein Konto gezogene Lastschrift 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. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich die Hochschule für Berufstätige Darmstadt GmbH über den Einzug in dieser Verfahrens-Variante informieren.

Hochschule für Berufstätige Darmstadt GmbH,  
Hilpertstr. 31, 64295 Darmstadt

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE16HFB00000432786.  
Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Name Bank

\_\_\_\_\_  
BIC, falls bekannt

**Dauerauftrag/Überweisung**

Ich/Wir überweisen die monatlichen Studiengebühren auf folgendes Konto

**Deutsche Bank AG Darmstadt**

IBAN DE51 508 7000 50011103900  
BIC DEUTDEFF508

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kostenträgers