

Mietvereinbarung

Zwischen

und

MediTECH Electronic GmbH (vert. durch Ralph Warnke)

(Name)

Langer Acker 7

(Straße)

30900 Wedemark

(PLZ + Ort)

+49 (0)5130 977780

(Telefon)

service@meditech.de

(Mail)

(nachfolgend „Vermieter“ genannt)

(nachfolgend „Mieter“ genannt)

1. Vertragsgegenstand und Mietkosten

2. Der Mieter mietet zu nachstehenden Bedingungen folgendes vom Vermieter:

	Produkt	Wert	Seriennummer	Miete / Monat
<input type="checkbox"/>	Brain-Boy Universal* (Wert: 250 €)	250 €		40 €
<input type="checkbox"/>	BrainCentral-AlphaTrainer-HOME* inkl. Übungsmaterial	2.096 €		99 €
<input type="checkbox"/>	BrainCentral-AlphaTrainer-PRO* inkl. Übungsmaterial	3.199 €		129 €
<input type="checkbox"/>	Zusätzlich: Freischaltung Zentral-Audiometer-HOME	1.000 €	./.	50 €
<input type="checkbox"/>	HEG-neuro Trainingssensor + Body & Mind-App	999 €		99 €
<input type="checkbox"/>	HEG-neuro Trainingssensor + Body & Mind-App inkl. Tablet	1.398 €		129 €
<input type="checkbox"/>	TPS-Sensor (Ergänzung zum neuronal-peripheres Training)	598 €		60 €
<input type="checkbox"/>				
			Summe monatlich:	€
			Summe über drei Monate:	€

* inkl. technischem Zubehör (Kopfhörer, Headset, ...)

3. Mietdauer

Die Grundmietdauer beträgt drei Monate. Sie verlängert sich automatisch um weitere drei Monate, wenn die Mietsache nicht bis zum Ende der Mietperiode fristgerecht zurückgegeben wird.

4. Mietpreis und Zahlung (Zutreffendes auswählen)

Der anfallende Mietbetrag wird monatlich quartalsweise im Voraus geleistet.

Die Zahlung erfolgt per Lastschriftermächtigung per offener Rechnung in bar
(Lastschrift wird mit hier beigefügtem ausgefülltem SEPA-Mandat erteilt)

5. Schadensersatzpflicht

Für den Fall des vollständigen oder teilweisen Verlusts sowie vollständiger oder teilweiser Beschädigung der Leih-Ausrüstung steht der Kunde in vollem Umfang ersatzpflichtig ein, soweit der Schaden nicht durch eine Versicherung ausgeglichen wird. Bei Ausgleich durch unsere Versicherung wird eine Eigenbeteiligung von 250,00 Euro für jeden Schadensfall fällig. Die hier zur Verfügung gestellten Materialien haben den oben angegebenen Gesamtwert.

6. Kaufoption (Zutreffendes auswählen)

Der Vermieter räumt dem Mieter folgende Kaufoption für die Mietsache ein:

Keine Kaufoption Erwerb binnen 3 Monaten unter Anrechnung der Mietzahlung abzüglich ____ €

Erwerb binnen 6 Monaten unter Anrechnung der Mietzahlung abzüglich ____ €

7. Übergabe | Ordnungsgemäßer Erhalt

Die Mietsache wird vor Versand sorgfältig durch den Vermieter geprüft. Der Mieter prüft die Mietsache seinerseits unmittelbar nach Erhalt auf etwaige Schäden und ordnungsgemäße Funktion.

8. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrags unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrags im Übrigen unberührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der wirtschaftlichen Zielsetzung der Vertragsparteien am nächsten kommt.

Für den Vermieter

Für den Mieter

(Datum, Unterschrift)

(Datum, Unterschrift)



01 23456 7890 12345678901

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger
<->
Zahlungspflichtigen

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

MediTECH Electronic GmbH

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Langer Acker 7

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

30900 Wedemark

Land / Country:

Deutschland | Germany

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 8 3 Z Z Z 0 0 0 0 0 0 0 2 1 2

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

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

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: if the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

FO-F/IBU-004-D-Einzugsermächtigung-Deutschland-V5

114 902.001 D0 (Fassung Mai 2013) -
© Deutscher Sparkassenverlag