

Anmeldung für ikalo-jobs:

Hiermit werde(n) ich/wir Mitglied(er) der Werbeplattform IKALO: www.ikalo.de Hier: Online-Marktplatz unter: IKALO - JOBS

There eximine markiplace arriers in a tee	.50
Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Firmen Details	
Firmenname (Logo bitte per Mail)	
Branche	
Strasse	
PLZ, Ort	
Telefon	
Telefax	
Email	
Webseite	
Bundesland	
Landkreis	
Stadt oder Verbandsgemeinde	
Stadtteil	

Branche: (Bitte Zutreffendes ankreuzen)
□Banken und Versicherungen
☐Bauen und Renovieren - Immobilien
☐ Bücher und Zeitschriften
□Cafes
□Coaching und Schulen
□Dienstleistungen
□EDV, IT
□Essen und Trinken
□Gaststätten, Restaurants, Hotels
☐Gesund & Aktiv
□Industrie
□Kultur
□Mobilität
☐ Mode, Schmuck, Beauty
□Pflege und Senioren
□Presse
□Recht und Steuer
□Reisebüro
□Schöner Wohnen
□Tiere
□Werbeagenturen
□Sonstige
Die Veröffentlichung bei ikalo-jobs soll in folgenden KFZ – Kennzeichen – Bereichen erfolgen:

Ρ	R	E	IS	E	

1.	Veröffentlichung für 4 Wochen ab Datum
	zum Preis von 40,00 € zzgl. 19% MWSt

- Veröffentlichung für 3 Monate ab Datum______
 zum Preis von 100,00 € zzgl. 19% MWSt
- Veröffentlichung für 6 Monate ab Datum______
 zum Preis von 200,00 € zzgl. 19% MWSt
- Veröffentlichung für 1 Jahr ab Datum______
 zum Preis von 400,00 € zzgl. 19% MWSt

(Die Mitgliedschaft verlängert sich um ein Jahr, wenn sie nicht 4 Wochen vor Ablauf gekündigt wird)

Die Beiträge werden per SEPA Lastschriftmandat eingezogen, eine Rechnung wird als PDF-Datei per Email zur Verfügung gestellt. Bitte füllen Sie das Formular SEPA-Firmenlastschrift-Mandat auf Seite 4 mit aus.

Nach der Anmeldung bekommen Sie eine Rechnung per Email Mit der Zusendung Ihrer Rechnung wird die Mitgliedschaft rechtsgültig. Bitte senden Sie die Anmeldung an: post@ikalo.de

(Für Mitglieder bei IKALO-JOBS sind Einträge zu IKALO-AZUBI KOSTENLOS!)

(Für SONDER-KONDITIONEN bitte Anfrage per EMAIL: post@ikalo.de)

Oder:

IKALO UG (haftungsbeschränkt)

Donnenstrasse 24

57539 Etzbach / Sieg

SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

Gläubiger-ID-Nr.: DE42 5735 1030 0055 0047 25

Mandatsreferenz-Nr.: Mitgliedsnummer (wird Ihnen separat mitgeteilt)

Ich ermächtige IKALO-UG Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von IKALO – UG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name, Vorname (Mitglied)	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Name, Vorname (Kontoinhaber)	
IBAN	
BIC	
Name des Kreditinstitutes	

Unterschrift (Kontoinhaber)

Ort/ Datum