

**Antrag auf Erteilung einer Einfahrgenehmigung für externe Dienstleister**

**Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus, da eine Bearbeitung sonst nicht möglich ist!**

|   |         |      |      |
|---|---------|------|------|
| <b>Name, Vorname:</b>                   | _____   |      |      |
| <b>Firma:</b>                           | _____   |      |      |
| <b>Baustelle (Uniklinik Bonn) :</b>     | _____   |      |      |
| <b>Verantwortlicher Antragsteller:</b>  | _____   |      |      |
| <b>telefonisch erreichbar unter:</b>    | _____   |      |      |
| <b>Firmenanschrift:</b>                 | PLZ:    | Ort: |      |
|   | Straße: |      | Nr.: |
| <b>Anzahl der Einfahrgenehmigungen:</b> | _____   |      |      |
| <b>Voraus. Dauer der Nutzung:</b>       | _____   |      |      |

**Beantragung einer Parkplakette zum**

|                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 4 | <b>Fremdfirmen; Parkgebühr <u>pro</u> Einfahrkarte: 35,00 €im Monat<br/>(§5 Abs. 2 der Dienstvereinbarung über Einfahrgenehmigungen in das Klinikgelände)</b> |
|--------------------------|---|---|

Einfahrgenehmigung für:

**Parkplatz im Gelände**

**Einverständnis zum Einzug von Forderungen mittels SEPA-Lastschriftmandat**

Die monatlichen Gebühren für die Einfahrgenehmigung in das Klinikgelände des UKB werden mittels SEPA-Lastschrift eingezogen.

Bonn, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift / Stempel

Ich versichere mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben.

Bonn, den \_\_\_\_\_  
 (Unterschrift Antragsteller/in)

**SEPA-Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer DE 77 ZZZ 00000003142

**Antragsteller Einfahrgenehmigung:**

Firma: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort: \_\_\_\_\_

Einfahrgenehmigung beantragt zum: \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Wir ermächtigen das Universitätsklinikum Bonn AöR, Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift zum Ende des Monats einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Universitätsklinikum Bonn AöR auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die **Mandatsreferenz** wird Ihnen separat mitgeteilt.

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

DE | | | | |  
IBAN

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift