

Einverständniserklärung zur Teilnahme am E-Billing Verfahren



Privatpersonen bitte HIER ausfüllen

Vor- & Nachname:	
Ihre Kunden Nr. bei uns:	
E-Mail Adresse:	
Telefon:	
Straße/ Hausnr.:	
PLZ, Ort, Land:	

Firmen bitte HIER ausfüllen

Firmenname:	
Ihre Kunden Nr. bei uns:	
Ansprechpartner:	
E-Mail Adresse:	
Telefon:	
Straße/ Hausnr.:	
PLZ, Ort, Land:	

Hiermit bestätigen wir, dass wir mit dem Erhalt von Rechnungen/Gutschriften der Fraport AG (ausgenommen Rechnung/Gutschriften bzgl. Medizinischen Diensten) in elektronischer Form einverstanden sind. Gerne möchten wir diese wie folgt erhalten:

Bitte eine Variante ankreuzen:

Original (PDF) per E-Mail (ungezippt)

Original (PDF) per E-Mail (gezippt)

Die jeweilige Rechnung/Gutschrift als PDF Datei soll an folgende E-Mail Adresse (max. 3 Email Adressen möglich) versandt werden:

E-Mail	
Vorname/Name	
Telefon	
E-Mail	
Vorname/Name	
Telefon	
E-Mail	
Vorname/Name	
Telefon	

Gesetzliche und steuerrechtliche Bestimmungen eines jeden Landes sind zu berücksichtigen! Hierfür übernimmt die Fraport AG keinerlei Haftung und Verantwortung.

Vorname & Name der unterschriftsberechtigten Person	Datum	Ort	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte senden Sie uns Ihre Einverständniserklärung an fraport.ebilling@fraport.de

Bei weiteren Fragen, kontaktieren Sie bitte:

fraport.ebilling@fraport.de