

## Stammdaten Photovoltaikanlage

Name

Straße Nr.

PLZ Ort



Rückantwort bitte per Fax: 03681/495-1872

oder E-Mail: netznutzung@swsz-netz.de

### **Verbrauchsstellen- / Kundennummer**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### **EEG-Anlagenschlüssel**

\_\_\_\_\_

### **Standort der Anlage**

Straße Nr.

PLZ Ort

### **Umsatzsteuer**

ja     nein

USt-IdNr.:

### **Datum der Inbetriebnahme**

\_\_\_\_\_

### **Bankverbindung**

Name:

IBAN:

BIC:

Bank:

### **Leistung PV-Anlage / Wechselrichter**

\_\_\_\_\_ kWp / \_\_\_\_\_ kW

### **gewünschter Abrechnungszeitraum**

jährlich

jährlich mit monatl. Abschlagszahlung

### **zugehöriger Stromspeicher**

ja     nein

Inbetriebnahmedatum:

\_\_\_\_\_ kW / \_\_\_\_\_ kWh

### **evtl. vorhandene Abtretungsansprüche**

\_\_\_\_\_

### **Zähler Einspeisung**

Zählernummer:

Einbaudatum:

Zählerstand Inbetriebnahme:

Zählerstand aktuell:

jährl. Einspeisemenge (ca.):

### **Kontakt**

Tel.:

E-Mail:

### **Registrierung Marktstammdatenregister**

\_\_\_\_\_

### **Bemerkungen**

\_\_\_\_\_

Datum .....

Unterschrift .....

**Bitte unterschrieben per Post, Fax oder E-Mail zurücksenden an:**

Stadtwerke Suhl/Zella-Mehlis Netz GmbH  
 Kundenservice  
 Fröhliche-Mann-Str. 2  
 98528 Suhl

Mandatsreferenz: *wird separat mitgeteilt*

Gläubiger Identifikations-  
 Nummer der SWSZ Netz: *DE21ZZZ00000055269*

Datum:

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Stadtwerke Suhl/Zella-Mehlis Netz GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadtwerke Suhl/Zella-Mehlis Netz GmbH auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### Ihre Kundendaten Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Vertrag mit:

Vorname und Name (Kunde):	.....		
Straße, Hausnummer:	.....		
Postleitzahl, Ort:	.....		
Kundennummer:		Verbrauchsstellennummer:	.....
<b>x</b>			
Ort	Datum	Unterschrift Zahlungspflichtiger	

### Kontoinhaber

Vorname und Name (Kontoinhaber):	.....		
Straße, Hausnummer:	.....		
Postleitzahl, Ort:	.....		
Name und Ort des Kreditinstitutes:	.....		
IBAN:	DE	.....	.....
BIC:	.....	DE	.....
<b>x</b>			
Ort	Datum	Unterschrift Kontoinhaber	

Bitte senden Sie das Original unterschrieben zurück.