

An:

Absender (Kanzleistempel erforderlich)

Anwalt-Suchservice GmbH  
- Kundenservice -  
Gustav-Heinemann-Ufer 58  
50968 Köln

## Aufnahmeantrag Aktion „Probemonate“

Ja, ich (Name, Vorname) \_\_\_\_\_,

geb. am \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_, möchte Teilnehmer werden und meine Kanzlei beim Anwalt-Suchservice eintragen lassen!

# 1

Str. Hnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Internet \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Bzgl. Angaben wie rechtliche Schwerpunkte, Fachanwaltschaften, Tätigkeitsbeschreibung, Foto etc. beachten Sie bitte die Hinweise in Ihrer Aufnahmebestätigung, die Sie von uns nach Einrichtung Ihres Profils erhalten werden.

# 2

Das Teilnahmeverhältnis wird zunächst **3 Monate kostenfrei auf Probe** geschlossen, und kann innerhalb des Probezeitraumes jederzeit durch schriftliche Mitteilung gekündigt werden. Nach Ablauf dieser Frist kann die Teilnahme frühestens zum 31.12.2026 beendet werden. Die Kosten für die Teilnahme betragen nach Ablauf der kostenlosen Probemonate € 33,00 / Monat zzgl. MwSt. und sind jeweils für ein Kalenderjahr im Voraus per SEPA-Lastschriftmandat oder Überweisung zu entrichten.

**Dieses Angebot gilt bis zum 31.05.2025.**

Die **AGB** des Anwalt-Suchservice habe ich unter

<http://www.anwalt-suchservice.de/ass/media/dokumente/AGB.pdf> zur Kenntnis genommen und akzeptiert.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Rechtsanwältin / des Rechtsanwalts

**Kanzleistempel** (erforderlich!)

An die  
**Anwalt-Suchservice**  
**Verlag Dr. Otto Schmidt GmbH**  
**Gustav-Heinemann-Ufer 58**  
**D-50968 Köln**



Gläubiger Identifikationsnummer: DE41ZZZ00000179651  
Mandatsreferenz: **WIRD JEWEILS IN DER RECHNUNG MITGETEILT**

### **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/wir ermächtige/n die Anwalt-Suchservice Verlag Dr. Otto Schmidt GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Anwalt-Suchservice Verlag Dr. Otto Schmidt GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/wir kann/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.

---

Name des Kontoinhabers

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

---

Name des Kreditinstituts

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

---

Unterschrift