



Anmeldung für ikalo-azubi+:

Hiermit werde(n) ich / wir Mitglied(er) der Werbepattform IKALO: www.ikalo.de
hier: <https://ikalo-jobs.de/ikalo-azubiplus.html>

Vermittlung von Suchern von Praktikumsplätzen und Ausbildungs-Stellen hier: **FIRMEN - ZUGANG**

Firma (Logo bitte per Email)
Branche
Firmendetails
Sachbearbeiter/-in
Strasse
PLZ, Ort
Email
Webseite
Bundesland
Landkreis
Stadt oder Verbandsgemeinde
Stadtteil
Wichtige Hinweise
Veröffentlichung ab
Anmerkungen
Senden an: post@ikalo.de

PREISE

Die Preise beinhalten die Identifizierung Ihrer ausgewählten Reg.-Nr. und die Benachrichtigung der Aspiranten. Werbung erfolgt in lokalen Medien und auf sozialen Plattformen.

1. Sucher-Zugang für **4 Wochen** ab Datum _____
zum Preis von **40,00 €** zuzgl. 19% MWST
2. Sucher-Zugang für **3 Monate** ab Datum _____
zum Preis von **100,00 €** zuzgl. 19% MWSt
3. Sucher-Zugang für **6 Monate** ab Datum _____
zum Preis von **200,00 €** zuzgl. 19% MWSt
4. Sucher-Zugang für **1 Jahr** ab Datum _____
zum Preis von **400,00 €** zuzgl. 19% MWSt

5. PAKET-PREIS:

 **ikalo-extra** +  **ikalo-jobs** +  **ikalo-azubi** +  **ikalo-azubi+**

Veröffentlichung für **1 Jahr** ab Datum _____
zum Preis von **600,00 €** zuzgl. 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 3 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 SONDER-KONDITIONEN bitte Anfrage per EMAIL: post@ikalo.de)

Weitere INFOs: <https://ikalo-jobs.de/ikalo-firmen-info.html>

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

Ort/ Datum

Unterschrift (Kontoinhaber)