

**SEPA - Lastschriftmandat**

Name des Zahlungsempfängers:	Gläubiger-Identifikationsnummer:
<b>Zahntechniker-Innung Köln</b>	<b>DE58ZZZ00000188172</b> bzw.
<b>boni-DENT-Marketing GmbH</b>	<b>DE43ZZZ00001178715</b>

Anschrift des Zahlungsempfängers:  
**Hauptstr. 39, 50859 Köln**

Ihre Mandatsreferenznummer:

Ich (Wir) ermächtige(n) den Zahlungsempfänger Zahntechniker-Innung Köln bzw. boni-DENT-Marketing GmbH von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die vom o.g. Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungspflichtigen / Kontoinhabers:

Anschrift des Zahlungspflichtigen / Kontoinhabers:

**IBAN des Zahlungspflichtigen** (max. 35 Stellen):

**BIC** (8 oder 11 Stellen):

Kreditinstitut:

Ort:

Datum:

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen /Kontoinhabers: