

SEPA - Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:

**Zahntechniker-Innung Köln
boni-DENT-Marketing GmbH**

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE58ZZZ00000188172 bzw.
DE43ZZZ00001178715

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.

Bevorzugte Zahlungsweise für die Mitgliedsbeiträge: (bitte ankreuzen)

- Jährlicher Einzug (am 25.01.) mit 5% Skonto
- Quartalsweiser Einzug (15.03., 15.06., 15.09., 15.11.) mit 3% Skonto
- Monatlicher Einzug (jeweils zum 15. des Monats), ohne Skonto
- Quartalsweise Überweisung (15.03., 15.06., 15.09. 15.11.) ohne Skonto

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: