

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.

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: