

**Rücksendung bitte per Fax an:
089 230211406**

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige die eazf GmbH Europäische Akademie für zahnärztliche Fort- und Weiterbildung der BLZK, Fallstr. 34, 81369 München bis auf schriftlichen Widerruf, Kursgebühren von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der eazf GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Abbuchung erfolgt gemäß den AGB der eazf GmbH sowie den Vereinbarungen gemäß der Rechnungsstellung.

Praxiskonto Privatkonto

Kontoinhaber/in _____

Kreditinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

Gläubiger-ID: DE96ZZZ00000400015

Mandatsreferenz: Erhalt mit der Vorankündigung zum SEPA-Einzug (Pre-Notification).

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum

Unterschrift von Kontoinhaber/-in bzw. Bevollmächtigte/-r
für SEPA-Lastschriftmandat