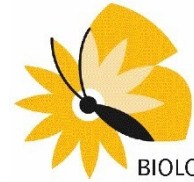


**Biologisches Zentrum Kreis Coesfeld**

Rohrkamp 29  
59348 Lüdinghausen  
[info@biologisches.zentrum.de](mailto:info@biologisches.zentrum.de)  
02591 / 4129



BIOLOGISCHES  
ZENTRUM  
KREIS COESFELD

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE 64 ZZZ 000 023 713 40

Mandatsreferenznummer:

(wird vom Biologischen Zentrum ausgefüllt)

**Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats**

Ich ermächtige den Trägerverein Biologisches Zentrum Kreis Coesfeld e.V. (Biologisches Zentrum) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Biologischen Zentrum auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**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. **Umfang:** Dieses Mandat bezieht sich auf alle bis zum Widerruf dieser Einzugsermächtigung anfallenden Teilnehmergebühren des Biologischen Zentrums Kreis Coesfeld.

**NAME, VORNAME (TEILNEHMER)**

**STRASSE, HAUSNUMMER**

**PLZ, WOHNORT**

**KONTOINHABENDE PERSON**

(falls abweichend vom Teilnehmenden)

**KREDITINSTITUT (NAME)**

**IBAN**

**Ort, Datum, Unterschrift**

---