

IKK - Die Innovationskasse
19102 Schwerin

Absender:

BBNR:

Gläubiger-Identifikationsnummer DE75ZZZ00000198342

Mandatsreferenz* _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die IKK - Die Innovationskasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der IKK - Die Innovationskasse 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name Kreditinstitut

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

IBAN

Datum, Ort

Unterschrift

*Bitte dem Kontoauszug bei unserer ersten Abbuchung entnehmen