

SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT (ERMÄCHTIGUNG)

Zahlungsempfänger: Koban & Partner Versicherungsmakler GmbH Liebiggasse 5/EG 8010 Graz, registriert beim Handelsgericht Graz unter FN 332861b LG für ZRS Graz, ATU 65203549,

Creditor-ID: **AT71ZZZ00000006709**

Ich/Wir ermächtige/n die Koban & Partner Versicherungsmakler GmbH von meinem/unseren Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Koban & Partner Versicherungsmakler GmbH auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich/wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Vorname, Zuname / Firma:

Straße, Nr.:

Postleitzahl, Ort:

BAN:

BIC:

Ort, Datum Unterschrift/en