



## Bestellformular Skript "Fit für die Abschlussprüfung"

Sehr geehrte Damen und Herren,  
wir freuen uns, dass Sie unser oben genanntes Skript zum Preis von 50 EUR inkl. MwSt. erwerben möchten!

Bitte füllen Sie dieses Bestellformular vollständig aus und senden Sie es im Original an:  
Dental Consulting, Inh. Anita Koschny, Bahnhofstrasse 52, 91413 Neustadt Aisch  
Eine Bestellung per Email (bitte Bestellformular einscannen) ist unter [info@dental-consulting.net](mailto:info@dental-consulting.net) möglich.

Sie erhalten das Originalskript mit allen Lösungen zu den Übungen nach Bezahlung des Rechnungsbetrages per Post an die von Ihnen angegebene Anschrift zugesendet.

---

Bitte bestätigen Sie unsere Vertragsbedingungen & Ihre Bestellung am Ende Seite mit Ihrer Unterschrift und geben Sie Ihre Bankverbindung für ein einmaliges Einverständnis zur Lastschrifterklärung an.

### Rechnungsadresse

Praxisanschrift     Privatanschrift

Name: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon/Telefax: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

Zahlung der Kursgebühr:

- Erteilung eines Sepa-Lastschriftmandates (siehe Anlage)
- Überweisung: Ich erhalte die Rechnung und begleiche diese im Voraus.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Dental Consulting, Inh. Anita Koschny, Bahnhofstrasse 52, 91413 Neustadt Aisch



## SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Dental Consulting, Anita Koschny

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81ZZZ00000687308

Ich ermächtige die Firma Dental Consulting, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Hinweis:

Zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs beträgt die Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung mindestens 1 Tag vor Belastung. Fälligkeiten und Beträge, die Ihnen bereits bekannt gegeben worden sind, behalten ihre Gültigkeit und werden zum Fälligkeitszeitpunkt eingezogen.

Bitte buchen Sie den Rechnungsbetrag von meinem Konto ab:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

Name Bankinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN CODE: \_\_\_\_\_

SWIFT-BIC: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich mit der Berechnung per Lastschriftverfahren (einmalig) für die beiliegende Bestellung einverstanden. Die vorgenannten Vertragsbedingungen erkenne ich an. Ich bin mit der Berechnung nach den oben genannten Konditionen einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber

1. SEPA-Lastschriftmandat: Voraussetzung für die Teilnahme am einheitlichen Europäischen Lastschriftverfahren.
2. Nach Rückgabe des ausgefüllten SEPA-Lastschriftmandats wird für Sie eine Mandatsreferenznummer vergeben. Diese können Sie bei jeder Abbuchung dem Verwendungszweck Ihres Kontoauszuges entnehmen.
3. Ihre IBAN finden Sie auf Ihren Kontoauszügen, in Ihrem Online-Banking-Portal oder auf den neuen EC- Karten. Dieses Formular kann nur für deutsche Bankverbindungen verwendet werden.