

**B.KON GMBH**

Münchener Straße 14 | 85540 Haar  
 Tel. +49 (0)89 2000 7111-0  
 Fax +49 (0)89 2000 7111-99  
 buchhaltung@b-kon.com | www.b-kon.com

**ANTRAG** zur Eröffnung eines gewerblichen Kunden-Kontos**Bitte gut lesbar ausfüllen!**
**PFLICHTFELDER\***  
 sind unbedingt auszufüllen.

KUNDEN-NR.

DATUM\*

NAME, VORNAME, BZW. FIRMENNAME MIT FIRMIERUNG\*

STRASSE\*

ANZAHL MITARBEITER

LAND\*

PLZ\*

ORT\*

ORTSTEIL\*

TELEFON-NR.\*

FAX-NR.\*

UST-ID-NR.\*

INFO-E-MAIL\*

BUCHHALTUNGS-MAIL\*

WEB-ADRESSE

**Branche und Kennzeichen** (wird intern ausgefüllt)

BRANCHE/NAME\*

BRANCHEN-NR.\*

VERTRETER

BESUCHSTAG

ABC-KLASSE

**Lieferanschrift** (wenn von Rechnungsanschrift abweichend)

STRASSE

LAND

PLZ

ORT

ORTSTEIL

**Kontaktperson**

NAME, VORNAME

FUNKTION

GEBURTSDATUM

TELEFON-NR.

FAX-NR.

E-MAIL

EINKAUFSBERECHTIGTE

 Darf nur gegen Anweisung geliefert werden?  ja  nein  
 Zustimmung für Bankabbuchung wird erteilt  ja  nein

FIRMENSTEMPEL/ UNTERSCHRIFT DES KUNDEN

 ► BITTE FÜGEN SIE DIESEM ANTRAG EINE KOPIE DER GEWERBEANMELDUNG  
 SOWIE EINEN GESCHÄFTSBRIEFBogen BEI.

**B.KON GMBH**

Münchener Straße 14 | 85540 Haar  
 Tel. +49 (0)89 2000 7111-0  
 Fax +49 (0)89 2000 7111-99  
 buchhaltung@b-kon.com | www.b-kon.com

**B.KON GmbH**

– Kundenanlage –  
 Münchener Straße 14

85540 Haar

### SEPA Basis-Lastschrift-Mandat Wiederkehrende Zahlungen

<b>*PFLICHTFELDER</b> sind unbedingt auszufüllen.	KUNDEN-NUMMER
--	---------------

GLÄUBIGER IDENTIFIKATIONSNUMMER <b>DE78ZZZ00001948847</b>	MANDATSREFERENZ
<p>Ich ermächtige die B.KON GmbH von meinem Konto mittels SEPA-Basis-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der B.KON GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p><b>Hinweis:</b> Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>	
NAME UND VORNAME (KONTOINHABER)*	
STRASSE UND HAUSNUMMER (KONTOINHABER)*	PLZ UND ORT (KONTOINHABER)*
KREDITINSTITUT*	BIC*
IBAN NUMMER*	
ORT, DATUM*	UNTERSCHRIFT(EN) DES/DER ZAHLUNGSPFLICHTIGEN*

#### Für einen reibungslosen Ablauf sind folgende Punkte zwingend notwendig:

- Das Ausfüllen aller Pflichtfelder.
- Das Formular im **Original** mit Unterschrift per Post an B.KON senden.

DOKUMENT-NAMEN: KUNDENANTRAG BKON GEWERBLICH\_BKON GEÄNDERT: 27.09.2017 BLATT 2