SEPA-Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz/Steuernummer: ……..

ZAHLUNGSEMPFÄNGER (Name, Anschrift) **Gemeinde**
4690 Oberndorf, Atzbacher Straße 20

Creditor-ID: **AT33ZZZ00000029994**

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA Lastschriften einzulösen.
Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name …….
Anschrift …….
…….

IBAN AT . . . . . . **BIC . . . . . .**

Bank: …….

Ort, Datum

.....
Unterschrift