



SEPA - Lastschrift - Mandat

Mandatsreferenz: Vor- Nachname (siehe Rechnung)

ZAHLUNGSEMPFÄNGER

Creditor ID: AT41 3503 9000 2606 5607

Name: Drachenfliegerclub Wildkogelfalken

Anschrift (Straße, Ort, Land): Stoitznergasse 3, 5733 Bramberg, Österreich

Ich ermächtige/Wir ermächtigen (Namen 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.

Zahlungsart: wiederkehrend

ZAHLUNGSPFLICHTIGER

Name

Anschrift (Straße, PLZ, Ort).....

IBAN..... BIC(optional)

.....
Ort, Datum, Unterschrift