



Bank-Einzugsermächtigung SEPA Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz des Empfängers (Vergabe durch SMB Lasberg = Zahlungsempfänger):

Zahlungsempfänger:

Creditor-ID: AT74ZZZ00000002872

Sozial-Medizinischer Betreuungsring (SMB Lasberg)

Edlau 36/3, 4291 Lasberg

Ich/wir ermächtige/n den Sozial-Medizinischen Betreuungsring (SMB Lasberg), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Sozial-Medizinischen Betreuungsring (SMB Lasberg) auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich/wir kann/können innerhalb von 56 Kalendertagen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

einmalig

wiederkehrend

Zahlungspflichtiger u. Kontoinhaber:

Name:

Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

IBAN:

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift)