



Creditor ID: AT65ZZZ00000013510

Klienten ID:

Abbuchungsauftrag für Lastschriften

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Auftraggeber)

.....
.....
.....

An (kontoführende Kreditunternehmung des Zahlungspflichtigen)

Bankverbindung

Bankleitzahl Kto. Nr.

IBAN: BIC

Ort, Datum..... Unterschrift.....

Hiermit ermächtige ich bis auf Widerruf, die von mir zu entrichtenden Zahlungen (Mitgliedsbeitrag SMB, Betreuung, EAR, Leihgebühr von Heilbehelfen) bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels SEPA-Lastschrift abzubuchen.

Damit ist auch meine kontoführende Bank ermächtigt, Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist.

Ich habe das Recht, innerhalb von 56 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angaben von Gründen die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen.

Sozialmedizinischer Betreuungsring Region Mühlviertler Alm, Markt 3,
4273 Unterweißenbach, Tel. Nr. 07956/20545-206 oder 0664/4393646.
E-mail: smbmvat@gmx.at