

SEPA- Lastschrift - Mandat (Ermächtigung)

Mandatsreferenz

Zahlungsempfänger

Österreichische Kinderfreunde Landesorganisation Steiermark
Schlossergasse 4/2
8010 Graz

Creditor ID: AT33ZZZ00000030770

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die **Österreichischen Kinderfreunde Landesorganisation Steiermark** Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die von den **Österreichischen Kinderfreunden Landesorganisation Steiermark** 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.

Zahlungspflichtiger

Name

Anschrift

IBAN

BIC

Zahlungsart Wiederkehrender Einzug Einmaleinzug

Ort, Datum

Unterschrift