

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Mandatsreferenz:.....

Zahlungsempfänger:

Magistrat Steyr
Fachabteilung Schule und Sport
Stadtplatz 27
4400 Steyr

Tel.: 07252/575-373, 374
FAX: 07252/575-372

Creditor-ID: AT11ZZZ00000003327

Ich ermächtige/Wir ermächtigen (Name des Zahlungsempfängers), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift 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:

BIC:

Ort, Datum, Unterschrift:
