

SEPA-Lastschrift-Mandat / SEPA Direct Debit

Zahlungsempfänger (Creditor):

Eltern-Kind-Zentrum Lienz
Rechter Iselweg 5
9900 Lienz
Tel.Nr.: 04852/61322, Fax: 04852/64071
Email: office@ekiz-lienz.at
www.ekiz-lienz.at

Creditor ID: AT85ZZZ00000030125

Mandatsreferenz: Leistungen des Eltern-Kind-Zentrums

Zahlungspflichtiger (Debitor):

Vor- und Zuname:

Straße:

PLZ/Ort:

IBAN:

BIC:

Bankname:

Wiederkehrend, gilt bis auf Widerruf

Einmalig

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA d.d.Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinen / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift