Ermächtigung zum Einzug von Abgaben durch Lastschriften SEPA Mandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen untenstehenden Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von untenstehenden Zahlungsempfänger 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. Diese Ermächtigung gilt erst ab der nächsten Lastschrift.

Wiederkehrende Zahlung ☒

Zahlungsempfänger:

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen:

Creditor ID: AT70 GDE 00 00 000 2556

Gemeinde Spital am Semmering

Bundesstraße 16

8684 Spital am Semmering

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift des Kontozeichnungsberechtigten

Die ausgefüllte Einzugsermächtigung für Lastschriften senden Sie uns per Fax, per Post oder unterfertigt und eingescannt per E-Mail. Sie können die Einzugsermächtigung natürlich auch persönlich zu den Bürostunden abgeben. Eine Information Ihrer kontoführenden Bank ist nicht notwendig.