

SEPA-Lastschriftmandat

Krankenpflegeverein
Hard



Mandatsreferenz:

ZAHLUNGSEMPFÄNGER:

Krankenpflegeverein Hard

CREDITOR ID:

AT28ZZZ00000027756

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

Ich bin / wir sind berechtigt, innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrag zu verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name:

Anschrift:

Iban:

BIC:

Ort, Datum, Unterschrift: _____