

SEPA Lastschrift Mandat



Hilfswerk Steiermark GmbH
Paula-Wallischnig-Strasse 9
8055 Graz

Creditor-ID: AT50ZZZ00000002625

Mandatsreferenz:

Zahlungspflichtiger	
Name (Titel, Vorname, Nachname)	Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Postfach)
IBAN	BIC
Kreditunternehmung (genaue Bezeichnung)	

Kundenwunsch		
<input type="checkbox"/> Neu	<input type="checkbox"/> Änderung	<input type="checkbox"/> Widerruf
<p>Ich ermächtige die Hilfswerk Steiermark GmbH, Rechnungsbeträge von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hilfswerk Steiermark GmbH gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.</p> <p>Die Frist für die Vorabankündigung (Pre-Notification) beträgt 2 Tage. Ich sichere zu, für die Deckung des Kontos zu sorgen. Kosten, die aufgrund von Nichteinlösung oder Rückbuchung der Lastschrift entstehen, gehen zu meinen Lasten, solange die Nichteinlösung oder die Rückbuchung nicht durch die Hilfswerk Steiermark GmbH verursacht wurde.</p> <p>Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>		

Ort Datum

Unterschrift des Kontoberechtigten