

SEPA Lastschrift-Mandat

Marktgemeinde Neckenmarkt
Rathausgasse 1
7311 Neckenmarkt

ZAHLUNGSEMPFÄNGER
(Name, Anschrift)

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 _____