

SEPA Lastschrift-Mandat

ZAHLUNGSEMPFÄNGER: Gemeinde Alberschwende, Hof 3, 6861 Alberschwende
(GNR 80201)

Creditor-ID: **AT85ZZZ00000004032**

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die Gemeinde Alberschwende, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Alberschwende 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 des Kindes:.....

Name des Auftraggebers:

Anschrift:

IBAN: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

BIC: _ _ _ _ _ _ _ _

Name der Bank:

Ort:

Datum:

Unterschrift: