

SEPA - Lastschriftmandat (Ermächtigung)

Mandatsreferenz (Kunden-Nr.)*

Zahlungsempfänger

Marktgemeinde Theresienfeld
Hauptplatz 1
2604 Theresienfeld

Creditor ID: AT41ZZZ00000042072

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Marktgemeinde Theresienfeld Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA – Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der Marktgemeinde Theresienfeld 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.

Kontoinhaber/in

Name: *

Anschrift: *

IBAN: *

BIC: *

Kontakt (E-Mail oder Telefon):*

Zahlungsart* <input type="radio"/> Wiederkehrender Einzug <input type="radio"/> Einmaleinzug:
--

Ort, Datum*

Unterschrift des Kontozeichnungsberechtigten *

*Verpflichtend auszufüllen