

SEPA- Lastschrift - Mandat (Ermächtigung)

Mandatsreferenz = Kundennachname + Postleitzahl

Zahlungsempfänger

JS Tinnitushilfe e.U.
Pühretstraße 15
4661 Roitham am Traunfall

Creditor ID:

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen JS Tinnitushilfe e.U. Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die von der JS Tinnitushilfe e.U. 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.

Zahlungspflichtiger

Name

Anschrift

.....

IBAN

BIC

Zahlungsart Wiederkehrender Einzug Einmaleinzug

Ort, Datum

Unterschrift