SEPA Lastschrift-Mandat
SEPA Direct Debit Mandate

An/To
Gemeinde Söding

Creditor-ID: AT96ZZZ00000008587

Mandatsreferenz / Mandate reference:

Zahlungspflichtiger Debitor	
Name (Titel, Vorname, Nachname) Name of the debtor(s):	Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Postfach) Address (Street name and number, Postal code, City):
IBAN	BIC
bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) at (exact description of the credit company) Raiffeisenbank Mooskirchen-Söding eGen	

Kundenwunsch
Costumer's Request

☐ Neu / New ☐ Änderung / Change ☐ Widerruf / Revocation

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.

By signing this mandate form, you authorise name of creditor to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from name of creditor.
As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

01/01

MOOSKIRCHEN,

Ort, Datum
Location, Date

Unterschrift(en) des (der) Kontozeichnungsberechtigten
Signature(s) of the account holder(s)