



Einheitlicher Euro-Zahlungsverkehrsraum

SEPA-Lastschrift-Mandat (Ermächtigung)

Mandatsreferenz: 2300....

Zahlungsempfänger:

Landeszahnärztekammer für Tirol
Anichstraße 7/3
6020 Innsbruck

Creditor-ID: AT36ZZZ00000013644

Ich ermächtige die Landeszahnärztekammer für Tirol Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Landeszahnärztekammer für Tirol auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger:

Name:* _____

Anschrift:* _____

IBAN * _____ BIC:* _____

.

Ort, Datum, Unterschrift:* _____

*Gekennzeichnete Daten bitte zu ergänzen

Hinweis: Meine Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich von meinem Kreditinstitut erhalten kann.