

## SEPA Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz: St.Nr.

ZAHLUNGSEMPFÄNGER (Name, Anschrift):

Gemeinde St. Koloman

Creditor-ID: AT31ZZZ00000013055

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ welsen 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.

Zahlungsart:

- wiederkehrende Lastschrift  
 einmalige Lastschrift

ZAHLUNGSPFLICHTIGER:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_