



SEPA-Lastschrift-Mandat
SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger Creditor	
Kinderbetreuungseinrichtung St. Florian Bürgerstraße 4 4209 Engerwitzdorf	Name des Zahlungsempfängers (Titel, Vorname, Nachname) * Creditor's name Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land) * Address (Street name and number, Postal code, City, Country):
	Identifikationsnummer des Zahlungsempfänger * Creditor identifier: AT62ZZZ00000002700

Mandatsreferenz / Mandate reference: Name des Kindes: _____

Zahlungspflichtiger Debtor	
Name des Zahlungspflichtigen (Titel, Vorname, Nachname) * Name of the debtor(s):	Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land) * Address (Street name and number, Postal code, City, Country):
IBAN*:	BIC**:
bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) at (exact description of the credit company):	
Zahlungsart * Type of payment: ☒ Wiederkehrende Zahlung/recurrent payment ☐ Einmalige Zahlung/one-off payment	

Kundenwunsch Customer's Request
☐ Neu / New ☐ Änderung folgender Daten / Amendment of the following information: ☐ Widerruf ab / Revocation starting from
Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Kinderbetreuungseinrichtung St. Florian, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Kinderbetreuungseinrichtung St. Florian auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: 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 Kinderbetreuungseinrichtung St. Florian to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from Kinderbetreuungseinrichtung St. Florian. 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.

* Bitte alle mit * gekennzeichneten Felder ausfüllen. / Please complete all the fields marked *.

** Die Angabe des BIC kann entfallen. / Quotation of BIC can be omitted.

_____,
Ort, Datum
Location, Date

Unterschrift(en) Kontoinhaber /Zeichnungsberechtigte(r)
Signature(s) of account holder(s) / authorized signature