



SEPA Lastschrift-Mandat

ZAHLUNGSEMPFÄNGER

Landeskontrollverband Salzburg

Mayerhoferstraße 12

5751 Maishofen - Österreich

Creditor-ID: AT 50 ZZZ 000 000 09221

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den **Landeskontrollverband Salzburg**, den Mitgliedsbeitrag von meinem/unserem Konto mittels SEPA – Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom **Landeskontrollverband Salzburg** 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:

*Pflichtfelder bitte unbedingt ausfüllen

wiederkehrende Lastschrift

einmalige Lastschrift

LFBIS*:

ZAHLUNGSPFLICHTIGER:

Name:* _____

Anschrift:* _____

IBAN: _____

BIC:* _____

Ort, Datum: * _____

Unterschrift:* _____