

SEPA Lastschrift-Mandat

Gemeinde Pill
6136 Pill, Dorf 9
AT21 3632 2000 0002 6013

Creditor-ID: AT07ZZZ00000027843

Kundennummer: _____

Name _____

Anschrift _____

IBAN* _____

BIC* _____

Ort, Datum, Unterschrift*

* Gekennzeichnete Daten bitte zu ergänzen

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

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