



SEPA-Lastschrift-Mandat  
SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger Creditor	
<b>CFFC St. Marienkirchen</b> <b>Schulstraße 1</b> <b>4774 St. Marienkirchen</b>	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: AT86ZZZ0000026809

Mandatsreferenz / Mandate reference: **Mitgliedsbeitrag**

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: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung/recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung/one-off payment	

Kundenwunsch Customer's Request
<input checked="" type="checkbox"/> Neu / New <input type="checkbox"/> Änderung folgender Daten / Amendment of the following information: <input type="checkbox"/> Widerruf ab / Revocation starting from
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen _____, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von _____ 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.</p> <p>By signing this mandate form, you authorise _____ to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from _____. 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.</p>

\* Bitte alle mit \* gekennzeichneten Felder ausfüllen. / Please complete all the fields marked \*.  
 \*\* Die Angabe des BIC kann entfallen. / Quotation of BIC can be omitted.

**St. Marienkirchen bei  
Schärding,**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum  
Location, Date

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

