SEPA-Lastschrift-Mandat

Zahlungsempfänger: Creditor-ID: AT95ZZZ00000001524 **Marktgemeinde Liebenfels** **Hauptplatz 9** **9556 Liebenfels**	Zahlungspflichtige/r: ……. Vor-, Nachname ……. Straße, Hausnummer ……. PLZ, Ort
Mandatsreferenz: ……. (wird vom Zahlungsempfänger vergeben/ausgefüllt)	Kontoinhaber/in: ……. Vor-, Nachname ……. IBAN ……. Bank Zahlungsart: ☐ wiederkehrend ☐ einmalig

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschrift 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.

---------- ----------

Ort/Datum Unterschrift Auftraggeber/in

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular per E-Mail an doris.pfeifhofer@ktn.gde.at oder per Post an Marktgemeinde Liebenfels, Hauptplatz 9, 9556 Liebenfels.