

An/To

Marktgemeinde Deutschfeistritz
Grazerstraße 1
8121 Deutschfeistritz

Creditor-ID:
AT23 ZZZ 000000 48119



Mandatsreferenz / Mandate reference:

Zahlungspflichtiger Debitor	
Name (Titel, Vorname, Nachname) Name of the debtor(s):	Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Postfach) Address (Street name and number, Postal code, City):
IBAN AT . .// / /	BIC
bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) at (exact description of the credit company)	

Kundenwunsch Customer's Request
<p><input type="checkbox"/> Neu / New <input type="checkbox"/> Änderung / Change <input type="checkbox"/> Widerruf / Revocation</p> <p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Marktgemeinde Deutschfeistritz, Zahlungen im Zusammenhang mit der Kinderkrippe Deutschfeistritz von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Marktgemeinde Deutschfeistritz 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.</p> <p>By signing this mandate form, you authorise Marktgemeinde Deutschfeistritz to send instructions in connection with the Kinderkrippe Deutschfeistritz to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from Marktgemeinde Deutschfeistritz. 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>

Ort, Datum
Location, Date

Unterschrift(en) des (der) Kontozeichnungsberechtigten
Signature(s) of the account holder(s)