SEPA- Lastschrift - Mandat (Ermächtigung)

Mandatsreferenz

(wird vom BVdOT vergeben)

Zahlungsempfänger
Berufsverband der österreichischen Fachärzt:innen für Orthopädie und Traumatologie“ kurz „BVdOT“
Alserstraße 4
1090 Wien

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den **Berufsverband der österreichischen Fachärzt:innen für Orthopädie und Traumatologie“ kurz „BVdOT** Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die vom **Berufsverband der österreichischen Fachärzt:innen für Orthopädie und Traumatologie“ kurz „BVdOT** 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.

Zahlungspflichtiger

Name ……..

Anschrift ……

……..

IBAN ……

BIC …….

Zahlungsart ☒ Wiederkehrender Einzug ☐ Einmaleinzug

Ort, Datum …….

Unterschrift …….