



Einziehungsauftrag für den Mitgliedsbeitrag

SEPA-Lastschrift-Mandat

ZAHLUNGSEMPFÄNGERIN

OÖ. Kinder-Krebs-Hilfe
Darrgutstraße 12/2
4020 Linz
Österreich
Creditor-ID: AT39ZZZ00000085273

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die OÖ. Kinder-Krebs-Hilfe 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 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. Der Einziehungsauftrag kann jederzeit widerrufen werden.

Zahlungsart: einmalig

wiederkehrend (jährlich)

ZAHLUNGSPFLICHTIGE/R

Name:	
Straße, PLZ, Ort, Land:	
IBAN:	BIC:*
Ort, Datum:	
Unterschrift Zahlungspflichtige/r:	

* Für Zahlungen aus oder in Länder außerhalb des SEPA-Raums muss der BIC angegeben werden

<i>Mandatsreferenz (von der OÖ. Kinder-Krebs-Hilfe auszufüllen):</i>
--