**SEPA- Lastschrift - Mandat (Ermächtigung)**

**Mandatsreferenz**

ASVÖ Mitgliedsbeitrag

**Zahlungsempfänger**

ASVÖ Vorarlberg

Markus-Sittikus-Straße 5

A-6845 Hohenems

**Creditor ID:** AT97ZZZ00000030685

Ich ermächtige / wir ermächtigen den ASVÖ Vorarlberg Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / unser Kreditinstitut an, die von dem ASVÖ Vorarlberg 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 Obmann / Präsident ……………………………………………………

Unterschrift Kassier …………………………………………………………………..

**Beilage zur Vereinbarung über den Einzug von Forderungen im Wege des**

**SEPA DIRECT DEBIT Core Verfahrens (SEPA Lastschrift, nicht final)**