

SEPA Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz:

Zahlungsempfänger

Name: KFG – Kranken- und Unfallfürsorge f. öö. Gemeinden

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): Friedrichstraße 11, 4041 Linz

Creditor-ID AT84ZZZ00000003371

Zahlungspflichtiger

Name des Vers.:

Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

IBAN:

BIC:

Kundenauftrag

Zahlungsart: Wiederkehrender Einzug

Ich ermächtige / Wir ermächtigen KFG – Kranken- und Unfallfürsorge f. öö. Gemeinden, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von KFG – Kranken- und Unfallfürsorge f. öö. Gemeinden 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.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des (der) Zahlungspflichtigen

Bitte das ausgefüllte SEPA Lastschrift-Mandat an die KFG retournieren.