

SEPA Lastschrift-Mandat
SEPA Direct Debit Mandate



An/To
Marktgemeinde Passail
Markt 1
8162 Passail

Creditor-ID: AT68ZZZ00000048182

Mandatsreferenz / Mandate reference: Kindergartenbus 2025/26 / Name des Kindes: _____

| | |
|---|--|
| 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 | BIC |
| bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) at (exact description of the credit company) | |

| |
|--|
| Kundenwunsch Customer's Request |
| <input checked="" type="checkbox"/> Neu / New <input type="checkbox"/> Änderung / Change <input type="checkbox"/> Widerruf / Revocation |
| <p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen Marktgemeinde Passail, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Marktgemeinde Passail 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 Passail to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from Marktgemeinde Passail. 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)