

An / To

Gemeinde St. Stefan ob Leoben
Dorfplatz 14
8713 St. Stefan ob Leoben

Creditor-ID: **AT91ZZZ00000029435**

Mandatsreferenz / Mandate reference:

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	
Name (Titel, Vorname, Nachname) Name of the debtor (s):	Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Postfach) Address (Street name and number, Postal code, City):
<input type="checkbox"/> Neu / new <input type="checkbox"/> Änderung / change <input type="checkbox"/> Widerruf / revocation	
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Gemeinde Sankt Stefan ob Leoben Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Gemeinde St. Stefan ob Leoben auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.</p> <p>Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.</p> <p>Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p> <p>By signing this mandate form, you authorise name of creditor to send instructions to your bank to debit your account in accordance with the instructions from name of creditor.</p> <p>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)