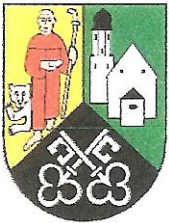


# SEPA LASTSCHRIFT-MANDAT

Name Kind: ..... Schule:

Mandatsreferenz: .....

Zahlungsempfänger (Creditor):



Gemeinde St. Gallenkirch, 6791 St. Gallenkirch, HNr. 4  
Tel.: +43 (0)5557/6205-0  
FAX: +43 (0)5557/2170  
[gemeindeamt@st.gallenkirch.at](mailto:gemeindeamt@st.gallenkirch.at) / [www.gemeinde.stgallenkirch.at](http://www.gemeinde.stgallenkirch.at)

CREDITOR-ID: AT86ZZZ00000025839

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Gemeinde St. Gallenkirch, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Gemeinde St. Gallenkirch auf mein / unser Konto gezogenen SEPA-Lastschrift 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.

Name: .....

Anschrift: .....

.....

.....

.....

IBAN: .....

BIC: .....

Ort, Datum, Unterschrift: .....