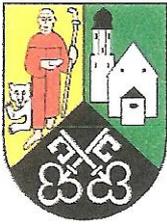


SEPA LASTSCHRIFT-MANDAT

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 / 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: