

E01
06/16

EINZUGSERMÄCHTIGUNG



An die
Ärztelammer für Niederösterreich
Abteilung Rechnungswesen
Wipplingerstraße 2
1010 WIEN

Übermittlung gerne auch per Fax (01/53751-19) oder E-Mail (wff@arztnoe.at).

Betrifft: SEPA-Lastschrift

Ich ermächtige, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die auf mein Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen:

Bankverbindung:

IBAN: _____

BIC: _____

Zahlungsempfänger:

Ärztelammer für Niederösterreich
Wipplingerstraße 2
1010 WIEN

Datum

Unterschrift des Zeichnungsberechtigten

