



SEPA-Lastschrift-Mandat

Verband der freiberuflichen PhysiotherapeutInnen Salzburgs
Kobergerweg 15
5020 Salzburg

Creditor-ID: AT02ZZZ00000044229

Mandatsreferenz: *entspricht Ihrer Mitgliedsnummer (siehe Rechnung)*

Name*: _____

Anschrift: _____

IBAN* _____

BIC* _____

Ort: _____

Datum*: _____

Unterschrift* _____

* Gekennzeichnete Daten bitte zu ergänzen

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Verband der freiberuflichen PhysiotherapeutInnen Salzburgs Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, den Verband der freiberuflichen PhysiotherapeutInnen Salzburgs 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.

Die Forderung wird am 1. eines Monats von Ihrem Konto abgebucht, wenn dieser Tag auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag fällt, der nächstmögliche Geschäftstag. Um etwaige Stornokosten Ihrer Bank zu vermeiden, wird ersucht für die nötige Deckung auf Ihrem Konto zu sorgen.

Jegliche Änderung Ihrer Bankverbindung oder Kontowortlaut bitte umgehend aus rechtlichen Gründen schriftlich und im Original zuzusenden.

Ein SEPA-Lastschrift Mandat kann jederzeit von unserer Homepage unter www.physiosalzburg.at bezogen werden.

Es muss keine Kopie dieses SEPA-Lastschrift Mandats bei Ihrer Hausbank abgegeben werden.