**Ermächtigung zum Einzug von Abgaben durch Lastschriften SEPA Mandat**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen untenstehenden Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von untenstehenden Zahlungsempfänger 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. Diese Ermächtigung gilt erst ab der nächsten Lastschrift.

Wiederkehrende Zahlung ⌧

**Zahlungsempfänger Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen**

Creditor ID: AT98ZZZ00000024944 ………………………………………………………………………..

Marktgemeinde Kraubath/Mur ……………………………………………………………………….

Kirchplatz 1 ……………………………………………………………………….

8714 Kraubath/Mur ……………………………………………………………………….

BIC

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |

 IBAN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |  |   |   |   |   |

 Ort, Datum Unterschrift des Kontozeichnungsberechtigten

Marktgemeinde Kraubath/Mur gemeinde@kraubath.at Tel.Nr.03832/4100