

E01

11/25

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

An die
Ärztelammer für Niederösterreich
Abteilung Rechnungswesen
Wipplingerstraße 2
1010 WIEN

Übermittlung auch per E-Mail (wff@arztnoe.at) möglich.

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:

Konto lautend auf: _____
exakter Kontowortlaut

IBAN: _____

BIC: _____

Zahlungsempfänger:

Ärztelammer für Niederösterreich
Wipplingerstraße 2
1010 WIEN

Datum

Unterschrift der:s Zeichnungsberechtigten

