



# SEPA Lastschrift Mandat

Hilfswerk Steiermark GmbH  
Paula-Wallisch-Straße 9  
8055 Graz

Creditor-ID: AT50ZZZ00000002625

## Mandatsreferenz:

### Zahlungspflichtiger

Name (Titel, Vorname, Nachname)	Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Postfach)
IBAN	BIC
Kreditunternehmung (genaue Bezeichnung)	

### Kundenwunsch

Neu

Änderung

Widerruf

Ich ermächtige die Hilfswerk Steiermark GmbH, Rechnungsbeträge von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hilfswerk Steiermark GmbH gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Die Frist für die Vorabankündigung (Pre-Notification) beträgt 2 Tage. Ich sichere zu, für die Deckung des Kontos zu sorgen. Kosten, die aufgrund von Nichteinlösung oder Rückbuchung der Lastschrift entstehen, gehen zu meinen Lasten, solange die Nichteinlösung oder die Rückbuchung nicht durch die Hilfswerk Steiermark GmbH verursacht wurde.

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort Datum

Unterschrift des Kontoberechtigten