#

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Österreichische Gesellschaft für Tierärztliche Zahnheilkunde

Universität Wien

z.Hd. Matthias Eberspächer-Schweda

Veterinärplatz 1, 1210 Wien

Gläubiger-Identifikationsnummer: **AT66ZZZ00000049867**

Mandatsreferenz: bitte hier Ihre ÖGTZ-Mitgliedsnummer s. Erklärung unten eintragen

Liebers ÖGTZ Mitglied,

wir bitten Sie, die untenstehende Einzugsermächtigung auszufüllen, zu unterschreiben und uns dieses Formular (beide Seiten) per mail an office@oegtz.at oder als Fax an die Nummer: +43(0)512 – 272711 zurück zu senden.

Ich ermächtige die ÖGTZ wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Basis-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ÖGTZ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Bitte leisten Sie ab sofort keine Zahlungen mehr, offene Rechnungen werden bei Fälligkeit eingezogen!

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname und Name oder Firma (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort ÖGTZ-Mitgliedsnummer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name und BIC, Angaben finden Sie auf Ihrem Kontoauszug)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN (Angaben finden Sie auf Ihrem Kontoauszug)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ort, Datum) Unterschrift Kontoinhaber, ggf. Firmenstempel

**Bitte Formular zurück an** **office@oegtz.at**