# SEPA
# Lastschrift-Mandat

An/To
**Lebenshilfe Tirol, gem. GmbH**
**Ing.-Etzel-Straße 11**
**6020 Innsbruck**

**Creditor-ID: AT23ZZZ00000003499**
**(vom Zahlungsempfänger/Creditor vergeben)**

**Mandatsreferenz / Mandate reference:**
(vom Zahlungsempfänger/Creditor vergeben)

| Zahlungspflichtiger<br>Debitor | |
|---|---|
| Name (Titel, Vorname, Nachname)<br>Name of the debtor(s): | Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Postfach)<br>Address (Street name and number, Postal code, City): |
| IBAN | BIC |
| bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)<br>at (exact description of the credit company) | |
| Zahlungsart<br>Type of payment<br>☒ Wiederkehrende Zahlung/recurrent-payment ☐ Einmalige Zahlung/one-off-payment | |

| Kundenwunsch<br>Customer Request |
|---|
| ☒ Neu / New<br>☐ Änderung folgender Daten / Amendment of the following information:<br>☐ Widerruf / Revocation<br><br>Ich ermächtige / Wir ermächtigen **Lebenshilfe Tirol gem. GmbH** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von **Lebenshilfe Tirol gem. GmbH** auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.<br>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.<br><br>By signing this mandate form, you authorise to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from . As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. |

**Innsbruck,**
Ort, Datum
Location, Date

Unterschrift(en) des (der) Kontozeichnungsberechtigten
Signature(s) of the account holder(s)

*1/1*