

## SEPA-Lastschriftmandat<sup>1</sup>

Ich ermächtige die BVAEB, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an<sup>2</sup>, die von der BVAEB auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

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

Name: .....

Adresse: .....

SVNR: .....

IBAN: .....

- Lastschriften für:** (bitte ankreuzen)
- Behandlungsbeitrag
- Versicherungsbeiträge

Die Versicherungsbeiträge sind jeweils am Ende des Beitragsmonats fällig und werden zum Fälligkeitszeitpunkt vom Konto eingezogen.  
Die Fälligkeit des Behandlungsbeitrages entnehmen Sie Ihrer Behandlungsbeitragsvorschreibung.

Ort: ..... Datum: .....

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Sie können dieses Formular auch für die Änderung eines bei uns bereits aufliegenden SEPA-Lastschriftmandates (Einzugsermächtigung) verwenden.

**Bitte übermitteln Sie das Formular im Original an Ihre BVAEB-Landesstelle oder an Ihr nächstgelegenes Gesundheits- und Betreuungszentrum (BGZ).**

<sup>1</sup> Dieses Formular gilt nur für Länder des SEPA Raumes - siehe Webseite der OeNB (www.oenb.at)  
<sup>2</sup> Die Verständigung des Kreditinstitutes erfolgt durch die BVAEB.

---

Creditor-ID: AT17ZZZ00000009815  
Zahlungsempfänger: BVAEB, Josefstädter Straße 80, 1080 Wien