

SEPA-Lastschriftmandat¹

Ich ermächtige die BVAEB, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an², 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 | <input type="checkbox"/> |
| Versicherungsbeiträge | <input type="checkbox"/> |

Der Zusatzbeitrag für Angehörige sowie 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).

¹ Dieses Formular gilt nur für Länder des SEPA Raumes - siehe Webseite der OeNB (www.oenb.at)

² Die Verständigung des Kreditinstitutes erfolgt durch die BVAEB.

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