

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 ☐

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 an Ihre BVAEB-Landesstelle.

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