

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

Zusatzbeitrag für Angehörige

Versicherungsbeiträge

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 (GBZ).

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