**SEPA-Lastschrift-Mandat (Ermächtigung)**

**Mandatsreferenz**

**ÖAG-Mitgliedsbeitrag**

**Zahlungsempfänger**

Österreichische Adipositas Gesellschaft

Währinger Straße 39/2/2

1090 Wien

Creditor ID: AT72ZZZ00000048886

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Österreichische Adipositas Gesellschaft Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der Österreichischen Adipositas Gesellschaft auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

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.

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Zahlungspflichtiger**

Name: …………………………………………………………………………….……………………

Anschrift: ………………………………………………………………………….…..……….………

……………………………………………………………………………….………..………………..

IBAN: ……………………………………………………………………………..…..……………….

BIC: ……………………………………………………………………………..……………..………

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Zahlungsart** X Wiederkehrender Einzug (jährlich) o Einmaleinzug

Ort, Datum: …………………………………………………………………………………………….

Unterschrift: …………………………………………………………………………………………….