



SEPA Lastschrift-Mandat SEPA Direct Debit Mandate



3620251022131737019223452_X

| Zahlungsempfänger Creditor | |
|---|--|
| Sportunion Raiffeisen Prägraten am Großvenediger St. Andrä 42 9974 Prägraten a.G. | Name des Zahlungsempfängers (Titel, Vorname, Nachname)* Creditor's name Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land)* Address (Street name and number, Postal code, City, Country): |
| | Identifikationsnummer des Zahlungsempfänger * Creditor identifier: AT34ZZZ00000007278 |

Mandatsreferenz / Mandate reference: Mitgliedsbeitrag

| Zahlungspflichtiger Debtor | |
|---|---|
| Name des Zahlungspflichtigen (Titel, Vorname, Nachname)* Name of the debtor(s): | Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land)* Address (Street name and number, Postal code, City): |
| IBAN:* | BIC:** |
| bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) at (exact description of the credit company) | Raiffeisen Regionalbank Matri in Osttirol eGen Bankstelle Prägraten a.G. St. Andrä 35d 9974 Prägraten a.G. |
| Zahlungsart / Type of payment <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / recurrent-payment | <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung / one-off-payment |

| Kundenwunsch Customer's Request |
|---|
| <input type="checkbox"/> Neu / New <input type="checkbox"/> Änderung folgender Daten / Amendment of the following information: <input type="checkbox"/> Widerruf / Revocation Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Sportunion Raiffeisen Prägraten am Großvenediger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels -Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Sportunion Raiffeisen Prägraten am Großvenediger auf mein/ unser Konto gezogenen -Lastschriften einzulösen. Hinweis: 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. By signing this mandate form, you authorise to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from . As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. |

* Bitte alle mit * gekennzeichneten Felder ausfüllen. / Please complete all the fields marked *.
 ** Seit 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn es sich um nationale Lastschriften handelt. Ab 01.02.2016 ist der BIC auch für grenzüberschreitende Lastschriften innerhalb der EU/EWR nicht mehr erforderlich. Starting February 1st, 2014 quotation of BIC for domestic direct debits can be omitted. Starting February 1st, 2016 quotation of BIC for cross-border direct debits within the EU/EEA can be omitted.



01/01

| | |
|------------------------------|---|
| Ort, Datum Location, Date | Unterschrift(en) des (der) Kontozeichnungsberechtigten Signature(s) of the account holder(s) |
|------------------------------|---|