

# SEPA- Lastschrift - Mandat (Ermächtigung)

Mandatsreferenz

## Zahlungsempfänger

Gilead - gemeinnütziger Verein  
St. Veiterstraße 26  
9020 Klagenfurt am Wörthersee

**Creditor ID: AT8ZZZ00000057339**

---

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen „Gilead - gemeinnütziger Verein“ Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die von der „Gilead - gemeinnütziger Verein“ 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:**  Wiederkehrender Einzug (Mitgliedsbeitrag lt. Satzung 1x jährlich)  Einmaleinzug

---

Ort, Datum .....

Unterschrift .....