



Creditor-ID: AT34ZZZ00000007181

EINZUGSERMÄCHTIGUNG
SEPA LASTSCHRIFT-MANDAT
für Forderungen nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG)

Erteilung

Änderung

Widerruf

Daten des/der ZAHLUNGSPFLICHTIGEN (Betriebsführer/-in)

Familienname		Vorname, Titel		Ordnungsbegriff
Wohnanschrift (Straße, Gasse, Platz, Nr., bei mehreren Wohnsitzen ist der Hauptwohnsitz anzugeben)				
Postleitzahl	Wohnort			

BANKVERBINDUNG

Bezeichnung und Anschrift des kontoführenden Kreditinstitutes
IBAN

ERTEILUNG

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen, Wiedner Hauptstraße 84-86, 1051 Wien, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen 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.

ÄNDERUNG

Ich ersuche um Änderung der oben eingetragenen Daten.

WIDERRUF

Hiermit widerrufe ich das von mir erteilte Lastschrift-Mandat.

.....
Datum

.....
Unterschrift des/der Kontozeichnungsberechtigten