SEPA-Lastschriftmandat

GENERALI BANK

Generali Bank AG
Service Team

Landskrongasse 1-3, Postfach 320
A-1011 Wien
Telefon: 0810 500 100
Telefax: 0810 500 111
E-Mail: serviceteam@generalibank.at
Internet: www.generalibank.at

Alle Felder mit * sind Pflichtfelder - bitte unbedingt ausfüllen!

Zahlungsempfänger (Bitte geben Sie den vollständigen Unternehmensnamen bzw. bei Personen Vor- und Nachnamen an.)

Name*: _____

Straße/Nr.*: _____ **PLZ/Ort*:** _____

Verwendungszweck (max. 140 Zeichen): _____

Zahlungspflichtige(r)

Name*: _____ **Name(*):** _____

Straße/Nr.*: _____ **Straße/Nr.(*):** _____

PLZ/Ort*: _____ **PLZ/Ort(*):** _____

Land Prüfziffer BLZ Kontonummer

IBAN*: | A | T | __ | __ | | 1 | 8 | 4 | 0 | | 0 | __ | __ | __ | | __ | __ | __ | __ | | __ | __ | __ | __ |

BIC: BGENATWW **Bankverbindung:** Generali Bank AG

☐ **(*) Neuanlage** ☐ (*) wiederkehrender Einzug ☐ (*) Einmaleinzug

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) _____
Name Zahlungsempfänger*

Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser)

Kreditinstitut an, die von _____
Name Zahlungsempfänger*

auf mein (unser) Konto gezogenen SEPA-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.

☐ **(*) Widerruf**

Ich widerrufe (Wir widerrufen) mit sofortiger Wirkung für oben angeführtes Konto das SEPA-Lastschriftmandat

mit der Nummer: _____
Mandatsreferenz*

_____ _____
Ort/Datum* Unterschrift des (der) Zahlungspflichtigen*
(bei „UND"-Konten ist die Unterschrift aller Kontoinhaber erforderlich)

Dok. Nr.: 200239K011013

VOM ZAHLUNGSEMPFÄNGER AUSZUFÜLLEN	
Gläubiger-Identifikationsnummer	
Mandatsreferenz	