|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| QUAD |  | SEPA-Lastschrift-Mandat  SEPA Direct Debit Mandate |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Zahlungsempfänger  Creditor | |
| Gemeinde Neustift im Mühlkreis  Passauer Straße 14  4143 Neustift i.M. | 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: |

Mandatsreferenz / Mandate reference:

|  |  |
| --- | --- |
| 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, Country): |
| IBAN\*: | BIC\*\*: |
| bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)  at (exact description of the credit company):              . | |
| Zahlungsart \*  Type of payment:  Wiederkehrende Zahlung/recurrent payment  Einmalige Zahlung/one-off payment | |

|  |
| --- |
| Kundenwunsch  Customer`s Request |
| Neu / New  Änderung folgender Daten / Amendment of the following information:  Widerruf ab / Revocation starting from |
| Ich ermächtige / Wir ermächtigen      , Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von       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 \*.

\*\* Die Angabe des BIC kann entfallen. / Quotation of BIC can be omitted.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| , |  |  |  |  |
| Ort, Datum  Location, Date |  |  |  | Unterschrift(en) Kontoinhaber /Zeichnungsberechtigte(r) Signature(s) of account holder(s) / authorized signature |