

# SEPA- Lastschrift - Mandat (Ermächtigung)

## Mandatsreferenz

(wird vom BVdO vergeben)

## Zahlungsempfänger

Berufsverband Österreichischer Fachärzte für Orthopädie  
Alserstraße 4  
1090 Wien

---

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den **Berufsverband Österreichischer Fachärzte für Orthopädie** Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die vom **Berufsverband Österreichischer Fachärzte für Orthopädie** 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       Einmaleinzug

---

Ort, Datum .....

Unterschrift .....