

SEPA- Lastschrift - Mandat (Ermächtigung)

Mandatsreferenz

(wird vom BVdOT vergeben)

Zahlungsempfänger

**Berufsverband der österreichischen Fachärzte für Orthopädie und Traumatologie“
kurz „BVdOT“**

Alserstraße 4
1090 Wien

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den **Berufsverband der österreichischen Fachärzte für Orthopädie und Traumatologie“ kurz „BVdOT** Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die vom **Berufsverband der österreichischen Fachärzte für Orthopädie und Traumatologie“ kurz „BVdOT** 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