Raiffeisenbank Region Braunau eGen
5280 Braunau am Inn, Salzburger Straße 4
FN: 110979f, Landesgericht Ried im Innkreis
34060/81, BIC:RZOOAT2L060, GISA-Zahl:27508435



SEPA-Lastschrift-Mandat
SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger Creditor

WSV - ATSV Schiklub Ranshofen Ringstraße 4b 5280 Braunau	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 Zahlungsempfängers * Creditor identifier: AT55ZZZ00000061802

Mandatsreferenz / Mandate reference:

Zahlungspflichtiger Debitor

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): Raiffeisenbank Region Braunau eGen Braunau am Inn Salzburger Straße 4 5280 Braunau am Inn	
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 Braunau am Inn,	Unterschrift(en) Kontoinhaber / Zeichnungsberechtigter Signature(s) of account holder(s) / authorizes signature (Firmenstempel / company stamp)

01/01