

## SEPA-Lastschrift-Mandat (Ermächtigung)

Pharmazeutische Gehaltskasse  
für Österreich

Spitalgasse 31  
1090 Wien  
Österreich

Creditor Identifier (CID) des Zahlungsempfängers  
AT74ZZZ00000013930

Mandatsreferenz:  
(wird vom Zahlungsempfänger vergeben)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den oben angeführten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die 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.

Die Frist für die Vorabinformation der SEPA-Lastschrift darf sich zulässigerweise bis auf einen Tag verkürzen.

Zahlungsart:

Wiederkehrend

Betriebsnummer:

Zahlungspflichtiger / Kontoinhaber	
Anschrift (Straße, Hausnummer)	
Postleitzahl, Ort	
Kreditinstitut	BIC
IBAN	
Ort, Datum	
Unterschrift(en):	