Raiffeisenbank Passail eGen
8162 Passail, Markt 15
FN: 69221x, Landesgericht für Zivilrechtssachen Graz
38282/0, BIC:RZSTAT2G282, GISA-Zahl:27511954

SEPA-Lastschrift-Mandat
SEPA Direct Debit Mandate

Kundennummer / costumer number: 378.109

2023062008461191457 8_X

ZAHLUNGSEMPFÄNGER / CREDITOR

Name des Zahlungsempfängers (Titel, Vorname, Nachname) * Creditor's name: Gemeinde Gutenberg	Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land) * Address (Street name and number, Postal code, City, Country): Kleinsemmering 96 8160 Gutenberg-Stenzengreith
Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers * Creditor identifier:	**Mandatsreferenz / Mandate reference:**

ZAHLUNGSPFLICHTIGER / DEBITOR

Name des Zahlungspflichtigen (Titel, Vorname, Nachname) * Name of the debtor(s) (name/company name):	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 / Revocation

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 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.

01/01

Passail, 20.06.2023	
Ort, Datum Location, Date	Unterschrift(en) Kontoinhaber / Zeichnungsberechtigter Signature(s) of account holder(s) / authorized signature

BETREUERDATEN

Name:	Telefon:	Bankstelle:
Ing. Martin Hirz MSc	03179/23214-31	Gutenberg