

SDD - SEPA Abbuchungsermächtigung

Zustimmung zum SEPA-Lastschriftverfahren (SEPA CORE DIRECT DEBIT)

Rahmenmandat

Daten des Kontoinhabers (Schuldner)

Name und Vorname

Firmenbezeichnung

Adresse

Nr.

PLZ

Stadt

Provinz

Land

IBAN

SWIFT (BIC) verpflichtend Auslandskonto

Steuernummer / MwSt Nr.

Schuldnerdaten (verpflichtend wenn nicht mit den Daten des Kontoinhabers übereinstimmen)

Name und Vorname

Steuernummer

Gläubigerdaten

Firmenbezeichnung *ÄRZTE- UND ZAHNÄRZTEKAMMER*

IBAN *IT81ZZZ0000080009240211*

Firmensitz *A.VOLTA STRASSE 3/o - 39100 BOZEN (BZ) - ITALY*

Zusammenfassung

Der Unterzeichnete, Inhaber des obigen Konto, ermächtigt:

- den Zahlungsempfänger (Ärzttekammer Bozen) zur wiederkehrenden Belastung des Mitgliedsbeitrages
- die Bank des Zahlungsempfängers das Konto des Schuldners gemäß seiner Anweisungen zu belasten

Die Geschäftsbeziehung zur Bank ist durch den unterschriebenen Vertrag zwischen den Kontoinhaber und der Bank geregelt. Laut diesem Vertrag hat der Zahlungspflichtige nach der Abbuchung einen Erstattungsanspruch bei seiner PSP (Prestatore Servizi di Pagamento) von acht Wochen.

Zustimmung



Ort und Datum

UNTERSCHRIFT