



SEPA Lastschrift-Mandat

FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Mandatsreferenz: ZVR 983131317

ZAHLUNGSEMPFÄNGER: Österreichische Krebshilfe Oberösterreich,

Harrachstr. 15, 4020 Linz

Creditor-ID: AT18 5400 0000 0028 9108

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen Österr. Krebshilfe OÖ, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Österr. Krebshilfe OÖ 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.

Summe € _____

Belastungsdatum: _____

Name: _____

Anschrift: _____

IBAN _____ BIC _____

Ort, Datum, Unterschrift