



## SEPA Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz: ZVR 983131317

ZAHLUNGSEMPFÄNGER: Krebshilfe Oberösterreich, Harrachstr. 13, 4020 Linz

Creditor-ID: AT24ZZZ00000018322

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen **Krebshilfe OÖ**, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Ö. 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 monatlich                    €            20,-

Belastungsdatum: Ende des Jahres

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

0      Ja, ich möchte Mitglied der Krebshilfe OÖ werden

Email- \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_