



**SEPA - Lastschrift - Mandat (Ermächtigung)**

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Österreichische Schmerzgesellschaft  
Lessingstrasse 30  
8010 Graz

**Creditor ID:** AT76ZZZ00000054052

Ich ermächtige/wir ermächtigen die **Österreichische Schmerzgesellschaft** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der **Österreichischen Schmerzgesellschaft** 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.

*Bitte alle mit \* gekennzeichneten Felder ausfüllen.*

**Zahlungspflichtiger:**

Name des Zahlungspflichtigen\* \_\_\_\_\_

Anschrift\* \_\_\_\_\_

IBAN\* \_\_\_\_\_

BIC\* \_\_\_\_\_

**Zahlungsart\* (bitte zutreffendes ankreuzen)**

Wiederkehrender Einzug       Einmaliger Einzug

Ort, Datum, Unterschrift des Zahlungspflichtigen\*

**Präsident:**  
Univ.-Prof. Dr. Wilhelm Eisner

**Vizepräsident:**  
Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna, MBA,

**Past-Präsidentin:**  
OÄ Dr. Waltraud Stromer

**Generalsekretär:**  
Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc

**Sekretär:**  
Prim. Mag. Dr. Gregor Kienbacher, MS

**Kassier:**  
Prim. Priv.-Doz. Dr. Nenad Mitrovic

**EFIC-Councillor:**  
OA Dr. Wolfgang Jaksch, DEAA

**ÖSG Sekretariat:**  
Mag. Gitti Grobbauer

T +43 316 208 218  
F +43 316 208 218  
E office@oesg.at

**Bankverbindung:**

Steiermärkische Bank und Sparkassen  
Aktiengesellschaft

BIC: STSPAT2GXXX  
IBAN: AT17 2081 5000 4363 4310

UID: ATU73082969