



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. Richard Crevenna, MBA, MMSc

Vizepräsidentin:
OÄ Dr. Waltraud Stromer

Past-Präsident:
A.o. Univ.-Prof. Dr. Wilhelm Eisner

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

Sekretär:
Prim. Priv.-Doz. Dr. Nenad Mitrovic

Kassier:
Prim. Mag. Dr. Gregor Kienbacher, MSc

EFIC-Councillor:
OA Dr. Wolfgang Jaksch, DEAA

ÖSG Sekretariat:
Mag. Gitti Grobbauer

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

Bankverbindung:

Steiermärkische Bank und Sparkassen
Aktiengesellschaft

BIC: STSPAT2GXXX
IBAN: AT17 2081 5000 4363 4310

UID: ATU73082969