

# SEPA-Basislastschrift-Mandat

(SEPA DIRECT DEBIT CORE MANDATE)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Österreichische Schmerzgesellschaft Liechtensteinstraße 46a 1090 Wien
---

## SEPA-Basislastschrift-Mandat

Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers/ Gläubiger Identifikationsnummer (CID):
--

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): <b>Mitgliedsbeitrag ÖSG</b>
---

- einmalige Zahlung  
 wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Österreichische Schmerzgesellschaft, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Österreichische Schmerzgesellschaft auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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 / Debtor:

Name des Zahlungspflichtigen

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort / Land

IBAN

SWIFT / BIC

### Checkliste:

1.	Sie erhalten dieses Dokument in 2-facher Ausfertigung.
2.	Das Dokument muss vollständig ausgefüllt sein.
3.	Unterzeichnen Sie bitte beide Exemplare und senden Sie eines davon an uns zurück.

### Sonstige Informationen:

a.	Die Fälligkeiten der Beträge sind jeweils auf der Rechnung ersichtlich, eine gesonderte Information erhalten Sie nicht.
b.	Im Falle einer Datenänderung (IBAN, BIC, Adresse,...) bitten wir um frühzeitige Information. Das Unterlassen berechtigt Sie nicht zum Rücktritt von der Zahlungsverpflichtung.

\*Ort, Datum, Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen

# SEPA-Basislastschrift-Mandat

(SEPA DIRECT DEBIT CORE MANDATE)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Österreichische Schmerzgesellschaft  
Liechtensteinstraße 46a  
1090 Wien

## SEPA-Basislastschrift-Mandat

Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers/ Gläubiger Identifikationsnummer (CID):

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

**Mitgliedsbeitrag ÖSG**

- einmalige Zahlung  
 wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Österreichische Schmerzgesellschaft, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Österreichische Schmerzgesellschaft auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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 / Debtor:

Name des Zahlungspflichtigen

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort / Land

IBAN

SWIFT / BIC

### Checkliste:

1.	Sie erhalten dieses Dokument in 2-facher Ausfertigung.
2.	Das Dokument muss vollständig ausgefüllt sein.
3.	Unterzeichnen Sie bitte beide Exemplare und senden Sie eines davon an uns zurück.

### Sonstige Informationen:

a.	Die Fälligkeiten der Beträge sind jeweils auf der Rechnung ersichtlich, eine gesonderte Information erhalten Sie nicht.
b.	Im Falle einer Datenänderung (IBAN, BIC, Adresse,...) bitten wir um frühzeitige Information. Das Unterlassen berechtigt Sie nicht zum Rücktritt von der Zahlungsverpflichtung.

\_\_\_\_\_  
\*Ort, Datum, Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger