

SEPA – Lastschrift – Mandat

Mandatsreferenz: _____

Zahlungsempfänger

Regiona
Wartberger Versicherung VVaG
Hauptstraße 6
4552 Wartberg an der Krems

Creditor ID: AT29ZZZ00000008241

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Wartberger Versicherung VVaG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Wartberger Versicherung VVaG auf mein/unser Konto gezogenen 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.

Name: _____

Anschrift: _____

Mitglieds- bzw. Polizzenummer: _____

Bankverbindung: _____

IBAN : _____ BIC: _____

Zahlweise: Jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

Ort , Datum, Unterschrift _____