

# SDD - SEPA Abbuchungsermächtigung

Zustimmung zum SEPA-Lastschriftverfahren (SEPA CORE DIRECT DEBIT)

Rahmenmandat:

## Daten des Kontoinhabers (Schuldner)

Name und Vorname / Firmenbezeichnung

Steuernummer / MwSt Nr.

Strasse

Nr.

PLZ

Stadt

Provinz

Land

IBAN

SWIFT(BIC) verpflichtend bei Auslandskonto

## Schuldnerdaten (verpflichtend wenn sie nicht mit den Daten des Kontoinhabers übereinstimmen)

Name und Vorname

Steuernummer

## Gläubigerdaten

Firmenbezeichnung *Ärzte - und Zahnärztekammer*

IBAN *IT81ZZZ0000080009240211*

Firmensitz *Alessandro Volta Straße 3/o - 39100 BOZEN (BZ) - ITALY*

## Zusammenfassung

Der Unterzeichnete, Inhaber des obigen Konto, ermächtigt:

- den Zahlungsempfänger (Ärztekammer Bozen) zur wiederkehrenden Belastung des Mitgliedsbeitrages;
- die Bank des Zahlungsempfängers das Konto des Schuldners gemäß seiner Anweisungen zu belasten;

Die Geschäftsbeziehung zur Bank ist durch den unterschriebenen Vertrag zwischen den Kontoinhaber und der Bank geregelt. Laut diesem Vertrag hat der Zahlungspflichtige nach der Abbuchung einen Erstattungsanspruch bei seiner PSP (Prestatore Servizi di Pagamento) von acht Wochen.

Zustimmung



Ort und Datum