



**FORMULAR 3**

**SEPA - Lastschrift - Mandat (Abbuchungsermächtigung)**  
für die  
**Berufshaftpflicht- und/oder Berufsrechtsschutzversicherung**

Zahlungsempfänger (Creditor): Steirischer Landesverband für Psychotherapie - STLP  
8010 Graz, Bindergasse 8

Creditor-ID: AT37 2081 5033 0070 3539

Ich ermächtige den "Zahlungsempfänger" Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem "Zahlungsempfänger" auf mein Konto gezogene SEPA-Lastschrift einzulösen.

Ich kann innerhalb von 4 Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtige(r) (Debtor):

---

Titel / Name / Vorname

---

Adresse (PLZ, Ort, Straße, Nr.)

---

Telefonnummer

---

Bankverbindung (IBAN, BIC)

Zahlungsart: Jährlich wiederkehrende Lastschrift. Der Einzug erfolgt frühestens am 1.1. eines jeden Jahres.  
Erstmalige Abbuchung: frühestens ab dem 1.1.2020

---

Datum / Unterschrift

**STLP**  
Petersbergenstraße 7  
A-8042 Graz

Telefon: +43 316 37 25 00  
Fax: +43 316 37 25 00-15  
E-Mail: office@stlp.at  
Internet: www.stlp.at

