



FORMULAR 3

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

Zahlungsempfänger (Creditor): Steirischer Landesverband für Psychotherapie - STLP
8042 Graz, Petersbergenstraße 7/II

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 1.1.2021

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

