



| Zahlungsempfänger Creditor | |
|--|--|
| Reitverein Altenfelden 4121 Altenfelden | Name des Zahlungsempfängers (Titel, Vorname, Nachname) * Creditor's name Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land) * Address (Street name and number, Postal code, City, Country): |
| | Identifikationsnummer des Zahlungsempfänger * Creditor identifier: |

Mandatsreferenz / Mandate reference:

| Zahlungspflichtiger Debtor | |
|---|---|
| Name des Zahlungspflichtigen (Titel, Vorname, Nachname) * Name of the debtor(s): | Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land) * Address (Street name and number, Postal code, City, Country): |
| IBAN*: | BIC**: |
| bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) at (exact description of the credit company): Raiffeisenbank Region Neufelden eGen Marktplatz 7 4121 Altenfelden | |
| Zahlungsart * Type of payment: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung/recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung/one-off payment | |

| Kundenwunsch Customer's Request |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Neu / New <input type="checkbox"/> Änderung folgender Daten / Amendment of the following information: <input type="checkbox"/> Widerruf ab / Revocation starting from |
| <p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen Reitverein Altenfelden, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Reitverein Altenfelden 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.</p> <p>By signing this mandate form, you authorise to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from . As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.</p> |

* Bitte alle mit * gekennzeichneten Felder ausfüllen. / Please complete all the fields marked *.

** Die Angabe des BIC kann entfallen. / Quotation of BIC can be omitted.



Ort, Datum
Location, Date

Unterschrift(en) Kontoinhaber / Zeichnungsberechtigte(r)
Signature(s) of account holder(s) / authorized signature