**SEPA-Lastschrift-Mandat (Ermächtigung)**

**Mandatsreferenz**

ÖGPP-Mitglied

(Bitte den Namen eintragen! Es stehen max. 22 Zeichen zur Verfügung.)

**Zahlungsempfänger**

Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie

 und Psychosomatik (ÖGPP)

Molischgasse 11/ R01

1140 Wien, Österreich

**Creditor ID: AT57ZZZ00000081457**

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

Ich ermächtige die Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP) Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP) auf mein Konto gezogenen SEPA – Lastschriften einzulösen.

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

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Zahlungspflichtiger**

Name:

Anschrift:

Straße

Ort:       Postleitzahl:

Land:

IBAN:

BIC:

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Zahlungsart** Wiederkehrender Einzug

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

Ort, Datum ………………………………………………………………………

Unterschrift …………………………………………….………………………..