

# SEPA Lastschrift-Mandat

**Mandatsreferenz:** .....  
*Vergabe durch Creditor (Zahlungsempfänger)*

**Creditor ID (CID):** AT85KAV00000014314

**Zahlungsempfänger (Creditor):**

**Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Verwaltung  
A – 1090 Wien, Währinger Gürtel 18 - 20**

---

Ich ermächtige/Wir ermächtigen (*Name Zahlungsempfänger*) Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von (*Name Zahlungsempfänger*) auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

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.

---

**Zahlungsart:**  Wiederkehrende Lastschrift (Recurrent)  Einmal-Lastschrift (One Off)

---

**Zahlungspflichtiger (Debitor):**

**Name:**

**Anschrift:**

**IBAN:**

**BIC:**

**Verwendungszweck:**

---

**Wien,**

**Unterschrift:** .....