

SEPA-Lastschrift-Mandat

LAND KÄRNTEN

Ich ermächtige das Amt der Kärntner Landesregierung, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Amt der Kärntner Landesregierung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Bitte alle mit * gekennzeichneten Felder ausfüllen.

| | | | |
|--|-------------------------------------|--|---|
| Name des Zahlungspflichtigen Your Name | * | Name Zahlungspflichtiger / Name of the debtor(s) | |
| | * | Geburtsdatum / Date of birth | Telefonnummer / Phone number |
| Adresse des Zahlungspflichtigen Your address | * | Straße und Hausnummer / Street name and number | |
| | * | Postleitzahl und Ort / Postal code and city | Land / Country |
| International Bankkontonummer Your account number | * | IBAN des Zahlungspflichtigen/ Your Account Number | |
| | | SWIFT BIC | |
| Name des Zahlungsempfängers Creditor's name | * | Name Zahlungsempfänger / Creditor Name | |
| | * | Kennzahl Zahlungsempfänger / Creditor identifier | |
| | * | Straße und Hausnummer / Street name and number | |
| | * | Postleitzahl und Ort / Postal code and city | Land / Country |
| Zahlungsart Type of payment | <input checked="" type="checkbox"/> | Wiederkehrende Zahlung Recurrent Payment | <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung One off payment |
| Unterschrift(en) Signature(s) | * | Ort und Datum der Unterschrift/ City or town and date of signature | |
| | | Hier unterschreiben/ Please sign here | |

Zur Information: Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen dem Zahlungsempfänger und dem Zahlungspflichtigen. Details regarding the underlying relationship between the Creditor and the Debitor - For information purposes only

Name des Vertragspartners des Zahlungspflichtigen: Der Zahlungsempfänger ergänzt diese Angabe, falls der Einzug für einen Dritten erfolgt. /Name of the Creditor Reference Party: Creditor must complete this section if collecting on behalf of another party.

| | |
|---|---|
| Vertragspartner des Zahlungspflichtigen /Person on whose behalf the Creditor collects the payment | |
| | Vertragsnummer / Identification number of the underlying contract |
| | Vertragsgegenstand / Description of the contract |

SCHÜLERNAME:

mtl. Heimbeitrag oder Kostgeld

| | |
|---|--|
| Bitte zurücksenden an: Landw. Fachschule Litzlhof Litzlhof 1 9811 Lendorf | Geschäftsbereich (vom Kreditoren auszufüllen): 3501 / ABT10 LANDW. SCHULEN UND MUSEUM |
|---|--|