

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

Vertragsdaten In respect of the contact	SCHÜLERNAME:
	mtl. Heimbeitrag oder Kostgeld

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