

## SEPA – Lastschrift – Mandat (Ermächtigung)

### Zahlungsempfänger:

Dr. Peter Balogh  
Landstraßer Hauptstr. 58/12a  
1030 Wien

**Creditor ID:** AT15ZZZ00000037884

-----

Ich ermächtige/Wir ermächtigen Dr. Peter Balogh Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von Dr. Peter Balogh auf mein/unser Konto gezogenen SEPA – Lastschriften einzulösen.

Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

-----

### Zahlungspflichtiger:

Name .....

Anschrift .....

IBAN .....

BIC .....

-----

**Zahlungsart**     wiederkehrender Einzug     Einmaleinzug

-----

Ort, Datum .....

-----

Unterschrift .....