

Creditor-ID:
AT87ZZZ00000003705

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Einzüge

Hiermit ermächtige(n) ich /wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels SEPA Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch mein/unser kontoführendes Kreditinstitut ermächtigt, die Einzüge einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich/Wir habe(n) das Recht, innerhalb von 8 Wochen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meinem/unserem Kreditinstitut zu veranlassen.

An (Zahlungsempfänger) Amt der Salzburger Landesregierung Postfach 527 5010 Salzburg	Datum, Ort
	Unterschrift(en) des/der Kontozeichnungsberechtigten

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen	
Geburtsdatum des Zahlungspflichtigen	
bei (genaue Bezeichnung des Kreditinstituts)	
IBAN	BIC
Zahlung wegen (Verpflichtungsgrund, ev. Betragsbegrenzung gilt nicht gegenüber den durchführenden Banken)	

Mit meiner Unterschrift willige ich ausdrücklich in die Verarbeitung meiner angegebenen personenbezogenen Daten ein.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter:
<https://www.salzburg.gv.at/presse/rechtliche-hinweise/datenschutz>

www.salzburg.gv.at