



RAIFFEISENBANK LIESINGTAL  
ST. STEFAN EGEN  
8774 MAUTERN, HAUPTSTRASSE 18  
FN: 83488b, Landesgericht Leoben  
38227/0, BIC:RZSTAT2G227, GISA-Zahl:27511855

SEPA-Lastschrift-Mandat  
SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger Creditor	
<b>Leitgeb &amp; Böhm</b>  <b>Waasenhamnergasse 3</b> <b>8700 Leoben</b>	Name des Zahlungsempfängers (Titel, Vorname, Nachname) * Creditor's name Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land) * Address (Street name and number, Postal code, City, Country):
	Identifikationsnummer des Zahlungsempfänger * Creditor identifier: AT71ZZZ00000066170

Mandatsreferenz / Mandate reference:

Zahlungspflichtiger Debtor	
Name des Zahlungspflichtigen (Titel, Vorname, Nachname) * Name of the debtor(s):	Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land) * Address (Street name and number, Postal code, City, Country):
IBAN*:	BIC**:
bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) at (exact description of the credit company): RAIFFEISENBANK LIESINGTAL ST. STEFAN EGEN  Hauptstraße 18	
Zahlungsart * Type of payment: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung/recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung/one-off payment	

Kundenwunsch Customer's Request
<input type="checkbox"/> Neu / New <input type="checkbox"/> Änderung folgender Daten / Amendment of the following information: <input type="checkbox"/> Widerruf / Revocation  Ich ermächtige / Wir ermächtigen _____, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von _____ auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: 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.  By signing this mandate form, you authorise _____ to send instructions to your bank to debit your account in accordance with the instructions from _____. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

\* Bitte alle mit \* gekennzeichneten Felder ausfüllen. / Please complete all the fields marked \*.

\*\* Die Angabe des BIC kann entfallen. / Quotation of BIC for can be omitted.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum  
Location, Date

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) Kontoinhaber / Zeichnungsberechtigte(r)  
Signature(s) of account holder(s) / authorized signature