

An/To Rechtsanwaltskammer Burgenland Marktstraße 3 A-7000 Eisenstadt Creditor-ID: AT41ZZZ00000032954
--

Mandatsreferenz / Mandate reference: AT20 3300 0000 0119 2285/Rechtsanwaltskammer Burgenland Pension VE Teil A

Zahlungspflichtiger Debtor	
Name (Titel, Vorname, Nachname) Name of the debtor(s):	Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Postfach) Address (Street name and number, Postal code, City):
IBAN	BIC
bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) at (exact description of the credit company)	
Zahlungsart Type of payment <input 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 die Rechtsanwaltskammer Burgenland , Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Rechtsanwaltskammer Burgenland auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. 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 Rechtsanwaltskammer Burgenland to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from Rechtsanwaltskammer Burgenland . 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.

 Ort, Datum
 Location, Date

 Unterschrift(en) des (der) Kontozeichnungsberechtigten
 Signature(s) of the account holder(s)