

| | |
|--------------------------------------|--|
| Name und Anschrift des Auftraggebers | |
| IBAN | |
| BIC | |
| Mandatsreferenz (Polizzenummer) | |



Die Niederösterreichische
Versicherung
Creditor ID: AT73ZZZ00000003278
Niederösterreichische Versicherung AG,
Neue Herrngasse 10, 3100 St. Pölten, Tel: 02742/ 90 13- 0

SEPA – Lastschrift-Mandat (Ermächtigung)

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Niederösterreichische Versicherung AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Niederösterreichischen Versicherung AG auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften wiederkehrend 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.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift(en) der (des) Auftraggeber(s)