ÖSA Öffentliche Versicherungen Sachsen-Anhalt

Finanzgruppe

?A82611E?

SEPA-Lastschriftmandat FL

Zahlungsempfänger

ÖSA Versicherungen
Öffentliche Lebensversicherung
Sachsen-Anhalt
Am Alten Theater 7

39104 Magdeburg

Gläubiger-Identifikationsnummer

D	E	7	0	Z	Z	Z	0	0	0	0	0	3	4	1	1	4

Mandatsreferenznummer

0	4	-											

(wird von der ÖSA ausgefüllt)

Ich ermächtige Sie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Ich erhalte spätestens 5 Tage vor Abbuchung gesondert Nachricht über die bevorstehende Abbuchung.

Vorname und Name des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Land

IBAN

BIC

Name des Kreditinstitutes

RW 36.202 (02.13)

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers