

Schulkennzahl:

Mollardgasse 87/HP
1060 Wien
Tel.: +43 1 4000 95010
Fax: +43 1 4000 99 95010
E-Mail: post@ma56.wien.gv.at
www.schulen.wien.at

*) Daten mit Eingabe in WiSion verglichen **JA**

**Datenerhebung und Zustimmung zum SEPA Lastschrift Mandat
für Tagesbetreuungskosten oder Pauschalbeträge**

BITTE DEUTLICH IN BLOCKSCHRIFT SCHREIBEN !!!!

*) Daten d. Kindes: **Adresse mit Meldezettel verglichen** **JA**

| | | | | | | | |
|---------------|--|-----------|--|------------|--|--------|--|
| Familiennamen | | Vorname | | Geb. Datum | | Klasse | |
| PLZ | | Anschrift | | | | | |

*) **Daten d. Zahlungsverpflichteten:**

| | | | | | | | |
|--------------------------------|--|-----------|--|------------|--|--|--|
| Familiennamen | | Vorname | | Geb. Datum | | | |
| PLZ | | Anschrift | | | | | |
| Kontakt (Telefon, Fax, E-Mail) | | | | | | | |

Zustimmung zum SEPA Lastschrift Mandat: **JA** **NEIN**

| | |
|----------------|--|
| IBAN | |
| BIC | |
| KontoinhaberIn | |

Mandatsreferenz

Eintragung nur durch Behörde

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Magistrat der Stadt Wien (CID AT03MAG00000009679), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Magistrat der Stadt Wien 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 die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte beachten Sie: Meine/Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, dass ich/wir von meinem/unserem Kreditinstitut erhalten kann/können. Vertragsrechtliche Gründe der Banken verpflichten den Zahlungsempfänger das Lastschrift-Mandat mit der Originalunterschrift aufzubehalten.

*) **Daten d. RECHNUNGSEMPFÄNGERS (wenn nicht ident mit Zahlungsverpflichteten)**

!! Achtung !! in diesem Fall ist kein Einziehungsauftrag möglich

| | | | | | | | |
|--------------------------------|--|-----------|--|------------|--|--|--|
| Familiennamen | | Vorname | | Geb. Datum | | | |
| PLZ | | Anschrift | | | | | |
| Kontakt (Telefon, Fax, E-Mail) | | | | | | | |

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____