

Formular für Kreditinstitut

Bitte um Abgabe des Formulars in Ihrem Kreditinstitut!

Zahlungsempfänger: Education Group GmbH
4020 Linz, Anastasio-Grün-Str. 22-24

Creditor-ID: AT91ZZZ00000018183

Mandatsreferenz (Kunden-Nr.)

Ich ermächtige/Wir ermächtigen Education Group GmbH alle an Education Group GmbH anfallenden Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Education Group GmbH 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.

Name Kontoinhaber/in	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
PLZ - Ort	<input type="text"/> - <input type="text"/>
IBAN	AT <input type="text"/>
BIC	<input type="text"/> - <input type="text"/>

Unterschrift Kontoinhaber/in

Datum, Ort