Daten für die Buchhaltung

Von der Schule auszufüllen : 0 KG 0 VS 0 MS 0 Gymnasium Klasse: ……

Bitte gut leserlich in Blockbuchstaben ausfüllen!

Name des Kindes: ……

Adresse: ……..

Geb. Datum: …… Geburtsort: ……

Sozialvers. Nr.: …… Staatsbürgerschaft: ……

Erstsprache: …… Geschlecht: ……

Erziehungsberechtigte/r und Zahlungspflichtige/r:

Name: …….. Geb. Datum: ……

Adresse: ……..

Tel Nummer: ……..

E-Mail: ……

SEPA- Lastschrift - Mandat (Ermächtigung)

Mandatsreferenz (Personenkontonummer des Kindes)
_____ SEBVSSS _____

Zahlungsempfänger
Schulverein der Grazer Ursulinen
Leonhardstraße 62-64, 8010 Graz
Creditor ID: AT43ZZZ00000026225

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Schulverein der Grazer Ursulinen Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die vom Schulverein der Grazer Ursulinen 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.
In beiderseitigem Einvernehmen wird auf eine Vorabankündigung (Pre-Notification) verzichtet.

Zahlungspflichtige/r

Name ……..

Anschrift ……

Verwendungszweck (Name des Kindes): ……

IBAN AT _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Zahlungsart: Einzug im Oktober (nicht vor dem 15.) für die Monate September und Oktober, Einzug von November bis Juni nicht vor dem 5. des Monats

Ort, Datum …… Unterschrift ……