

# SEPA- Lastschrift - Mandat (Ermächtigung)

## Mandatsreferenz

Vertragsnummer:

## Zahlungsempfänger

TeleCare Systems & Communication GmbH  
Ricoweg 14/2  
2351 Wiener Neudorf  
Österreich

**Creditor ID:** AT74TS100000057677

---

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen TeleCare Systems & Communication GmbH Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die von der TeleCare Systems & Communication 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.

---

## Zahlungspflichtiger

Name .....

Anschrift .....

IBAN .....

BIC .....

---

**Zahlungsart**            o Wiederkehrender Einzug            o Einmaleinzug

---

Ort, Datum .....

Unterschrift .....