

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Einzug einzuziehen. Damit ist auch mein/unser kontoführendes Kreditinstitut ermächtigt, die Einzüge einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist.

Ich/Wir habe(n) das Recht, innerhalb von 8 Wochen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meinem/unserem Kreditinstitut zu veranlassen.

Name der Schülerin/des Schülers	
Schultyp / Klasse	Schüler DVNr.

Name und genaue Anschrift des Zahlungspflichtigen		
IBAN-International Bank Account Number -----	BIC _____	Bankinstitut _____
Zahlungen wegen (Verpflichtungsgrund, ev. Betragsbegrenzung - gilt nicht gegenüber den durchführenden Kreditinstituten)		

An (Zahlungsempfänger) Schulträgerverein der Kreuzschwestern Institut St. Josef Ardetzenbergstraße 31 6800 Feldkirch	Ort, Datum
	Unterschrift /en des/der Kontozeichnungsberechtigten

Bitte ausgefüllt und unterfertigt zusammen mit dem Ausbildungsvertrag im
Sekretariat des Instituts St. Josef abgeben.