SEPA Lastschrift-Mandat (CORE/COR1)

SEPA Direct Debit Mandate (CORE/COR1)

Mandatsreferenz ***Mandate Reference***	**AKM-Kundennummer** ***Customer-ID***
wird nachgereicht	

Zahlungsempfänger ***Creditor***

Name	*Creditor's Name*	AKM Autoren, Komponisten und Musikverleger registrierte Genossenschaft m.b.H. (FN 95866f)
Straße	*Street Name*	Baumannstrasse 10
PLZ/Ort	*Postal Code/City*	1030 Wien
Land	*Country*	AT Österreich
Identifikationsnummer	*Creditor ID*	AT47ZZZ00000011312

Hinweis: Die Creditor-ID ist keine IBAN! Für Überweisungen an AKM verwenden Sie bitte ausschließlich die auf Ihrer Rechnung angegebene IBAN.

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den oben angeführten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom oben angeführten Zahlungsempfänger auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.
By signing this mandate form, you authorize the above-mentioned creditor to send instructions to your bank to debit your account and you authorize your bank to debit your account in accordance with the instructions from the above-mentioned creditor.

Hinweis: Ich bin (wir sind) berechtigt, innerhalb von 56 Tagen, beginnend mit dem Belastungsdatum, eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
As a part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 56 days starting from the date on which your account was debited.

Zahlungspflichtiger ***Debtor:***

Name	*Your Name*	
Straße	*Your Street Name*	
PLZ/Ort	*Your Postal Code/City*	
Land	*Your Country*	
IBAN	*Int. Account Number*	
BIC	*Bank Identifier Code*	

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Mandat an die unter Zahlungsempfänger angeführte Adresse oder per Fax an **05 0717 99501** bzw. per E-Mail an **lizenzen@akm.at**
Please return the completed and signed form to the creditor's address or send it by fax (05 0717 99501) or by email (lizenzen@akm.at)

Ort und Datum *Location and Date*

Unterschrift(en) *Signature(s)*

Wir weisen Sie ausdrücklich auf unsere Informationen zum Datenschutz hin, die Sie unter https://www.akm.at/service/lizenzshop/ finden können.