

## SEPA Lastschrift-Mandat

### KUNDENWUNSCH:

NEU     Änderung     Widerruf

Ich/wir ermächtige/n die ARGE Streuobst Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von ARGE Streuobst auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann/wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### ARGE Streuobst

Österreichische Arbeitsgemeinschaft  
zur Förderung des Streuobstbaus und  
zur Erhaltung obstgenetischer Reserven

Wiener Straße 74  
3400 Klosterneuburg

ZVR 546313380

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer)   
Creditor-ID AT73ZZZ00000070596

### ZAHLUNGSPFLICHTIGER:

Name (Titel, Vorname, Nachname) des Kontoinhabers		Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Postfach, Land)	
IBAN		BIC	
bei (genaue Bezeichnung des Kreditunternehmens)			

### Einwilligungserklärung gemäß Datenschutz-Grundverordnung DSGVO Art. 6 Abs. 1 a

Seit dem 25.05.2018 gilt die Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) über die einheitliche Verarbeitung personenbezogener Daten innerhalb der Europäischen Union. Für den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten haben wir alle technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen, um ein hohes Schutzniveau zu schaffen. Wir halten uns dabei strikt an die Datenschutzgesetze und die sonstigen datenschutzrelevanten Vorschriften.

Zur Ausführung des erteilten SEPA-Lastschrift-Mandates werden Ihre o.g. personenbezogenen Daten erhoben und von uns verarbeitet. Die Verwendung oder Weitergabe Ihrer Daten an unbeteiligte Dritte wird ausgeschlossen.

Eine rechtliche Verpflichtung zur Durchführung des Lastschriftverfahrens besteht nicht, die hier gemachten Angaben sind freiwillig. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

**Ich bin mit der Verarbeitung meiner oben genannten Daten durch die ARGE Streuobst zum Zwecke der Einziehung des Mitgliedsbeitrages von meinem Konto einverstanden.**

Ort, Datum:

Unterschrift(en) des (der) Kontozeichnungsberechtigten