

Bitte ausfüllen und per Mail an Betriebsrat-Anmeldung@steiermaerkische.at senden:

Anmeldeschluss ist der 15. Februar 2019

Vor- und Zuname:

Handynummer:

MA in Karenz/ 2. Sparkasse/Altersteilzeit		
NAME Pensionist		
NAME Angehöriger 1 und 2		

Wunschort: Ordination Dr. Ganser, GRAZ Filiale: _____

Bitte ankreuzen

MA Karenz/ 2. Spk./ATZ	Pens:	Ang1:	Ang2:
---------------------------	-------	-------	-------

Zeckenschutzimpfung (FSME)	EURO 22,30				
Diphtherie-Tetanus-Polio- Keuchhusten Impfung (REPEVAX)	EURO 33,80				

***SEPA- Lastschrift - Mandat (Ermächtigung) - Mandatsreferenz**

Name 1 :.....

Zahlungsempfänger

Betriebsratfonds der Steiermärkischen Bank und Sparkassen AG
Albrechtgasse 4
8010 Graz
Creditor ID: AT07ZZZ00000030559

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Betriebsratfonds der Steiermärkischen Bank und Sparkassen AG Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die vom Betriebsratfonds der Steiermärkischen Bank und Sparkassen AG 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.

Zahlungsart: x Einmaleinzug

Zahlungspflichtiger

Name 1:

Anschrift 1:.....

Datenschutz: Ihre o.a. personenbezogenen Daten werden nur für die Abwicklung und Durchführung der Impfkation verwendet und gespeichert, und können im Rahmen dieser, soweit als erforderlich, auch an Apotheken, die Stmk. GKK und den Impfarzt übermittelt werden. Es gelten die Bestimmungen unserer Datenschutzerklärung: <https://www.sparkasse.at/steiermaerkische/wir-ueber-uns/datenschutz-sicherheit>.

IBAN 1:

Ort/Datum **Unterschrift *1)**.....