

ERTEILUNG EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS

Zahlungsempfänger

Pflege Service Edewecht
- Sozialstation –
Hauptstr. 86
26188 Edewecht

Gläubiger-ID: DE38ZZZ00001084036

Mandatsreferenz: EaR _____

Ich / Wir ermächtigen o. g. Zahlungsempfänger von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir unser Kreditinstitut an, die von/vom o. g. Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger / Kontoinhaber

Name _____

Straße und Hausnummer _____

Kontoinhaber : _____
(falls abweichend)

Kreditinstitut:: _____

BIC: _____

IBAN: **DE** _____

_____, den _____
(Unterschrift)