

SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren



Pflegeheimat

St. Hedwig



<i>Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)</i> Caritas-Altenhilfe Heidelberg gGmbH -Pflegeheimat St. Hedwig- Mönchhofstraße 28 69120 Heidelberg		Wiederkehrende Zahlungen <input type="checkbox"/>
<i>Gläubiger-Identifikationsnummer</i> DE70ZZZ00001262619		Einmalige Zahlung <input type="checkbox"/>
<i>Mandatsreferenz</i>	<i>Bewohner_in (Vorname, Name)</i>	

ich/Wir ermächtige(n) die Pflegeheimat St. Hedwig, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Pflegeheimat St. Hedwig 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.

<i>Kontoinhaber (Vorname, Name)</i>
<i>Straße und Hausnummer</i>
<i>PLZ und Ort</i>
<i>Land</i>

IBAN (22 Stellen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (11 Stellen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<i>Ort und Datum</i>	<i>Unterschrift(Zahlungspflichtiger)</i>
----------------------	------------------------------------------

SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren



Pflegeheimat

St. Hedwig



<i>Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)</i> Caritas-Altenhilfe Heidelberg gGmbH -Pflegeheimat St. Hedwig- Mönchhofstraße 28 69120 Heidelberg		Wiederkehrende Zahlungen <input type="checkbox"/>
<i>Gläubiger-Identifikationsnummer</i> DE70ZZZ00001262619		Einmalige Zahlung <input type="checkbox"/>
<i>Mandatsreferenz</i>	<i>Bewohner_in (Vorname, Name)</i>	

Ich/Wir ermächtige(n) die Pflegeheimat St. Hedwig, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Pflegeheimat St. Hedwig 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.

<i>Kontoinhaber (Vorname, Name)</i>
<i>Straße und Hausnummer</i>
<i>PLZ und Ort</i>
<i>Land</i>

IBAN (22 Stellen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (11 Stellen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<i>Ort und Datum</i>	<i>Unterschrift(Zahlungspflichtiger)</i>
----------------------	------------------------------------------