

Erteilung eines SEPA-Lastschrift-Mehrfach-Mandats

Zahlungsempfänger:

Name: Oekumenisches Altenzentrum Hannover-Döhren e.V.
Straße und Hausnummer: Olbersstraße 4-10
Postleitzahl und Ort: 30519 Hannover

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE24ZZZ00000585611

Debitor-Nummer/Mandatsreferenz: _____

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA- Lastschrift-Mehrfach-Mandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

Zahlungsart:

Monatlich: Heimkosten- Barauslagenrechnungen ,Friseur, Fußpflege, Apotheke etc.
Vierteljährlich :Inkontinenzabrechnung.

Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Name: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

*IBAN: _____

*BIC: _____

Kreditinstitut/Zahlungsdienstleister: _____

***Pflichtangaben: Die IBAN und den BIC entnehmen Sie bitte Ihrem Kontoauszug.**

Ort, Datum

Unterschrift/en des Zahlungspflichtigen
bzw. vertretungsbefugten Person
