

>>>S E P A Basis – LASTSCHRIFTMANDAT<<<

Hilfe im Alter gGmbH
Ev. Pflegezentrum Lore Malsch
Friedrich-Hofmann Str. 2-4
85521 Riemerling
Telefon: 089 / 6005-6001
Telefax: 089 / 6005-6099

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE69HIA00000254807

DIESES SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT GILT FÜR DEN HEIMVERTRAG MIT

Name, Vorname (Bewohner/-in)

Mandatsreferenz: **Ihre Mandatsreferenz entnehmen Sie bitte unseren monatlichen Abrechnungen.**

Ich ermächtige die Hilfe im Alter gGmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hilfe im Alter gGmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN

BIC

Bank (Name)

Ort, Datum

Unterschrift (Kontoverfügberechtigter)