**Einzugsermächtigung**

**SEPA Lastschriftmandat**

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 11 ASB 00000556454**

**Mandatsreferenznummer: gemäß Andruck im Kontoauszug**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname*:* |       |  | *Stempel Einrichtung*      |
|  |  |
| wohnhaft: |       |

**Einzugsermächtigung**:

Ich ermächtige den ASB OV Neustadt/Sa. e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen, gemäß nachfolgend aufgeführtem Vertrag, bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Nach schriftlicher Benachrichtigung durch den ASB OV Neustadt/Sa. e.V. über die Umstellung auf die SEPA-Lastschrift gilt das folgende SEPA-Lastschrift­mandat. Die Einzugsermächtigung erlischt dann.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige den ASB OV Neustadt/Sa. e.V., gemäß nachfolgend aufgeführtem Vertrag, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ASB OV Neustadt/Sa. e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsda­tum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedin­gungen.

|  |  |
| --- | --- |
| *Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen*: | Vertrag vom *(Datum)* |
| [ ]  | Betreuungsgebühren Kita / Hort | für Kind *(Name):* |       |       |
| [ ]  | Essengeld Kita / Hort | für Essenteilnehmer (*Name):* |       |       |
| [ ]  | Getränke- und Servicepauschale Kita / Hort | für Kind *(Name):* |       |       |
| [ ]  | Heimentgelt / Zusatzleistungen Seniorenpflegeheim | für Bewohner *(Name):* |       |       |
| [ ]  | Erbrachte Leistungen Sozialstation(inkl. Essen auf Rädern und Hausnotruf) | für Betreuten *(Name):* |       |       |
| [ ]  | SeniorenwohnenMiete/Kaution/Betreuung | für Wohnung *(Nr.):* |       |       |
| [ ]  | Fahrdienst | für Nutzer *(Name):* |       |       |
| [ ]  | Therapiezentrum | für Behandlung  |       |       |
| [x]  | Testzentrum | für ff. Testungen (Covid) |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Konto-Inhaber:  |       | Kreditinstitut: |       |
| IBAN (Finden Sie auf Ihrem Kontoauszug) | DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|      , | \_ \_.\_ \_.\_ \_ \_ \_ |  |  |
| Ort | Datum |  | Unterschrift Kontoinhaber/gesetzl. Vertreter  |

|  |  |
| --- | --- |
| Debitorennummer *(wird vom ASB ausgefüllt):* |       |
| Mandatsreferenznummer *(wird vom ASB ausgefüllt):* |       |