

Einzugsermächtigung SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 11 ASB 00000556454

Mandatsreferenznummer: gemäß Andruck im Kontoauszug

Name, Vorname:	
wohnhaft:	

Stempel Einrichtung

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.

<i>Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen:</i>				Vertrag vom (Datum)
<input type="checkbox"/>	Betreuungsgebühren Kita / Hort	für Kind (Name):		
<input type="checkbox"/>	Essengeld Kita / Hort	für Essenteilnehmer (Name):		
<input type="checkbox"/>	Getränke- und Servicepauschale Kita / Hort	für Kind (Name):		
<input type="checkbox"/>	Heimentgelt / Zusatzleistungen Seniorenpflegeheim/Tagespflege	für Bewohner (Name):		
<input type="checkbox"/>	Erbrachte Leistungen Sozialstation (inkl. Essen auf Rädern und Hausnotruf)	für Betreuten (Name):		
<input type="checkbox"/>	Seniorenwohnen Miete/Kaution/Betreuung	für Wohnung (Nr.):		
<input type="checkbox"/>	Fahrdienst	für Nutzer (Name):		
<input type="checkbox"/>	Therapiezentrum	für Behandlung		
<input type="checkbox"/>				

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):	