



Ermächtigung zum Forderungseinzug durch Lastschriften

Bitte füllen Sie die leeren Felder aus:

Zahlungsempfänger:

Mobile Krankenpflege, Inh. Magdalena Götting, Stuttgarter Straße 39, 70794 Filderstadt

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE31ZZZ00000475099

Mandatsreferenz: _____

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den oben genannten Zahlungsempfänger,

- einmalig eine Zahlung
- wiederkehrende Zahlungen

von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Hinweis: Ich kann (wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Vorname und Name: _____

Straße und Hausnr.: _____

PLZ und Ort: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: DE _____

Ich bin damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs die grundsätzlich 14-tägige Frist für die Information vor dem Einzug einer fälligen Zahlung (Vorabankündigung) bis auf vier Werktage vor Belastung verkürzt werden kann.

Ort, Datum _____

Unterschrift/en _____