



Gläubiger-Identifikationsnummer DE 26ZZZ00000483143

Mandatsreferenz

Name der BewohnerInnen

Geboren am

SEPA – Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Seniorencentrum Schriebers Hof GmbH, Zuzahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Seniorencentrum Schriebers Hof GmbH auf mein Konto gezogen 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.

Kontoinhaber

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Name Kreditinstitut

BIC: _ _ _ _ _

IBAN : DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Heimkosten

Barbetrag

Bad Fallingbostel, den

Unterschrift der Zahlungspflichtigen