

## SEPA-Lastschrift-Mandat

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menü-Service           | <input type="checkbox"/> Verauslagte Einkäufe |
| <input type="checkbox"/> Hausnotruf             | <input type="checkbox"/> Tagespflege          |
| <input type="checkbox"/> Organisationspauschale |   |

**Pflegegrad** ja nein **Höhe der Einstufung** ..... **Seit wann** .../.....

**Geburtsdatum**(bei Menükunden) .../.../.....

**Name des Zahlungsempfängers**

Arbeiter-Samariter-Bund, Kreisverband Nienburg

**Straße/Hausnummer**

Nienburger Str. 40

**PLZ/Ort**

31547 Rehburg-Loccum

**Land**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer**

D E 9 4 0 3 0 0 0 0 0 0 1 1 5 6 6

**Mandatsreferenz** (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

**Zahlungsart**

wiederkehrende Zahlung

einmalige Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

**Straße/Hausnummer**

**PLZ/Ort**

**Land**

**IBAN ( 22 Stellen)**

**Ort**

**Datum**

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**