Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Für wiederkehrende Zahlungen

Arbeiter-Samariter-Bund

Ich/Wir ermächtige/-n den ASB-Kreisverband Nienburg von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/-n ich/wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungspflichtiger / Leistungsempfänger

Vorname, Name

Straße, Hausnr.

PLZ/Ort

Anschrift des Zahlungsempfängers

Arbeiter-Samariter-Bund
Kreisverband Nienburg
Nienburger Straße 40
31547 Rehburg-Loccum

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE 9403000000011566

Zahlungsart: ☐ wiederkehrende Zahlung ☐ einmalige Zahlung

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Kreditinstitut

D	E																					

IBAN

Hinweis:
Ich/Wir kann/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.

Diese Lastschriftmandat gilt für folgende Leistung:

☐	Essen auf Rädern
☐	Hausnotruf
☐	Organisationspauschale (Ambulante Pflege)
☐	Einkaufsservice (Ambulante Pflege)
☐	Tagespflege
☐	

Sollte obenstehend keine Auswahl getroffen werden, ist dieses SEPA-Lastschriftmandat für alle Verträge mit dem ASB-Kreisverband Nienburg gültig.

✘ _____ ✘ _____

Ort/Datum Unterschrift des Kontoinhabers