



SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) den **Verein für ambulante Kranken- und Altenpflege Dietmannsried und Umgebung e.V.** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom **Verein für ambulante Kranken- und Altenpflege Dietmannsried und Umgebung e.V.** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name Kontoinhaber:	
Straße, Hausnummer	
PLZ/Ort	
Name des Kreditinstitutes	
IBAN	
BIC	

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------