

KundeKontoinhaber

Debitoren Nr.:Zahlungsempfänger**Pflegedienst Busch GmbH**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000668467Käthe-Kollwitz-Ring 30a59423 Unna**SEPA-Lastschriftmandat
(Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften)**

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich,

- den sich aus dem Pflegevertrag ergebenden Rechnungsbetrag
- den sich aus dem Betreuungsvertrag ergebenden Rechnungsbetrag
- den sich aus der Eigenleistung ambulant ergebenden Rechnungsbetrag
- die Gebühren für eine postalische Rechnungszustellung, wenn kein Rechnungsversand per E-Mail gewünscht wird

monatlich zu Lasten meines Kontos

IBAN: _____

BIC: _____ bei der: _____

durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen 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.

Ich bin damit einverstanden, dass die Vorabinformation über den Einzug mit Rechnungsstellung spätestens 14 Tage vor Fälligkeit erfolgt.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Die Einzugsermächtigung erlischt bei Widerruf mit sofortiger Gültigkeit.

Unna, den _____

Unterschrift Kontoinhaber



Pflegedienst
Busch

SEPA-Lastschriftmandat

Pflegedienst Busch