

SEPA-Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz: (Versicherungsnummer)

Zahlungsempfänger (Name und Anschrift)

Sozialhilfeverband Grieskirchen
Bezirksalten- und Pflegeheim KALLHAM
4720 Kallham, Kallham 163

Creditor-ID: AT44ZZZ00000017477

ESSEN AUF RÄDERN

Ich ermächtige den SHV Grieskirchen Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

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.

Auftraggeber / Zahlungspflichtiger

Name:

Anschrift:

Name des Kreditinstituts:

BIC: IBAN:

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift)