



Interessengemeinschaft der Anbieter Außerklinischer Intensivpflege NRW e.V.

## **SEPA- Lastschrift- Mandat (Ermächtigung)**

### **Mandatsreferenz**

*Vergabe durch den Zahlungsempfänger, max. 35 Stellen*

### **Zahlungsempfänger**

*Name Zahlungsempfänger*

*Anschrift Zahlungsempfänger*

*Postleitzahl/Ort Zahlungsempfänger*

### **Creditor ID:**

---

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen *Name Zahlungsempfänger* Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA- Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der *Name Zahlungsempfänger* auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA- Lastschriften einzulösen.

Ich kann/ Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

### **Zahlungspflichtiger**

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Zahlungsart:       wiederkehrender Einzug       Einmaleinzug

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_