

SEPA – Basislastschrift-Mandat

DRK Kreisverband Odenwaldkreis
Illigstraße 11, 64711 Erbach

Gläubiger Identifikationsnummer: **DE14ZZZ00000330099**

Frau

Kundennummer: 71

☒ monatliche Zahlungen

☐ Grundgebühr 32,90.- €

☐ GSM Zusatzgebühr 6,50.- €

☐ Zusätzlicher Handsender 6,50.- €

☐ Bewegungsmelder 5,00.- €

☐ Mitglied VdK (Vorlage des Mitgliedausweises)

☐ Mitglied im DRK Kreisverband Odenwaldkreis
(vorbehaltlich der Prüfung durch den Kreisverband)

☐ Pflegegrad vorhanden

☐ Einmalige Zahlung

☐ Installationsgebühr 25,00.- €

☐ zusätzliche Dienstleistung in Höhe von _____ €
für _____

Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger Einrichtungsträger ausgefüllt)

Name Zahlungspflichtiger

Adresse Zahlungspflichtiger

BIC Zahlungspflichtiger

Bank Zahlungspflichtiger

IBAN Zahlungspflichtiger

Ich ermächtige den DRK Kreisverband Odenwaldkreis, die hier aufgeführten Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DRK Kreisverband Odenwaldkreis 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.

Unberechtigter Widerspruch gegen eine Lastschrift wird mit einer Gebühr von 10 € in Rechnung gestellt.

Über das Ausführungsdatum der Lastschrift sowie den Betrag werde ich mit der jeweiligen Rechnung spätestens fünf Bankarbeitstage vor Einzug unterrichtet. Bei monatlich oder quartalsweise gleichbleibenden Rechnungsbeträgen entfällt die Ankündigung. Eine separate Ankündigung einer Lastschrift erfolgt nur bei einem in der Höhe abweichenden Betrag.

Der Einrichtungsträger wird mir nach Eingang des SEPA-Basislastschrift-Mandates rechtzeitig meine Mandatsreferenz mitteilen.

Ort, Datum und Unterschrift (Zahlungspflichtiger)