



Mobiler Nachbarschafts- und Haushilfedienst
6833 Klaus, Vorstadt 25

SEPA Lastschrift-Mandat

Kranken- und Altenpflegeverein Klaus-Weiler-Fraxern
Vorstadt 25
6833 Klaus

Creditor ID: AT15ZZZ00000008687

Mandatsreferenz

Kundennummer

Name*

Anschrift*

IBAN*

AT ____ | ____ | ____ | ____ | ____

(Bitte Zahlen jeweils im Viererblock angeben)

Ort, Datum, Unterschrift*

Klaus, _____

* Gekennzeichnete Daten bitte zu ergänzen

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen **Kranken- und Altenpflegeverein Klaus-Weiler-Fraxern**, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom **Kranken- und Altenpflegeverein Klaus-Weiler-Fraxern** auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

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