

SEPA-Lastschriftmandat

für wiederkehrende oder einmalige Zahlungen (SEPA-Basislastschrift)

ZAHLUNGSART (BITTE ANKREUZEN)

☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

1. KONTOINHABERIN / KONTOINHABER (ZAHLUNGSPFLICHTIGE/R)
NAME, VORNAME

STRASSE UND HAUSNUMMER

PLZ

ORT

LAND

Deutschland

TELEFON

E-MAIL (freiwillig)

2. PFLEGEBEDÜRFTIGE PERSON

Nur ausfüllen, wenn die gepflegte Person **nicht** die Kontoinhaberin / der Kontoinhaber ist.

NAME, VORNAME

GEBURTSDATUM

TT.MM.JJJJ

ANSCHRIFT (falls abweichend)

DEBITORENNUMMER (falls bekannt)

VERHÄLTNIS ZUR PFLEGEBED. PERSON

z. B. Tochter, Betreuer

3. BANKVERBINDUNG DER KONTOINHABERIN / DES KONTOINHABERS
NAME DES KREDITINSTITUTS

IBAN

DE

BIC (optional bei deutscher IBAN)

Ich ermächtige die **Krankenpflege Diekena GmbH & Co. KG**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Krankenpflege Diekena GmbH & Co. KG 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.

Vorabinformation: Die Ankündigung des Einzugs mit Betrag und Fälligkeitstermin erhalte ich mit der jeweiligen Rechnung. Abweichend von der Regelfrist von 14 Tagen vereinbare ich hiermit eine Frist von mindestens einem Kalendertag vor Fälligkeit. Das Mandat kann ich jederzeit formlos widerrufen.

4. ORT, DATUM UND UNTERSCHRIFT

ORT, DATUM

z. B. Weyhe, TT.MM.JJJJ

UNTERSCHRIFT KONTOINHABER/IN

Datenschutz: Ihre Angaben verwenden wir ausschließlich zur Abwicklung des Lastschriftverfahrens (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO). Eine Weitergabe erfolgt nur an die am Zahlungsverkehr beteiligten Kreditinstitute. Weitere Informationen in unserer Datenschutzerklärung: www.krankenpflege-weyhe.de/datenschutz