

**SEPA- Basislastschriftmandat
der
Kirchlichen Sozialstation Diez**



Gläubiger- Identifikationsnum **DE 07ZZZ00000952868**

Hiermit ermächtige ich die
Kirchliche Sozialstation Diez
Friedhofstraße 19
65582 Diez

Abteilung "Essen auf Rädern"

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kirchlichen
Sozialstation Diez auf mein Konto gezogenen Lastschriften
Der Einzug erfolgt durch die Evang. Regionalverwaltung Oberursel.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem
Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen.
Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten
Bedingungen.

Bankverbindung:

Bank (Name): _____
BIC: _____
IBAN: _____

für Patient:

Name: _____
Adresse: _____
PLZ und Ort: _____

Kontoinhaber (falls abweichend):

Name: _____
Adresse: _____
PLZ und Ort: _____

Mandatsreferenz **DS- 220 -** _____

Einmalmandat

Dauermandat

Datum

Unterschrift (Kontoinhaber)