

**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen
durch SEPA-Lastschriftmandat**

ASB Bonn/Rhein-Sieg/Eifel e.V. , Kasinostr. 2, 53840 Troisdorf
Gläubiger-Identifikationsnummer DE34ZZZ00000081904

Mandatsreferenz _____ (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den ASB Bonn/Rhein-Sieg/Eifel e.V., die von mir zu entrichtenden Zahlungen bezüglich aller von Ihnen erbrachten Leistungen im Rahmen des geschlossenen Pflegevertrages von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ASB Bonn/Rhein-Sieg/Eifel e.V. 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.

Vorname und Name des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Sollte das Konto nicht die erforderliche Deckung aufweisen, trägt der Kontoinhaber etwaige Gebühren zu eigenen Lasten.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Vorankündigung der SEPA-Lastschrift (Pre-Notification) erfolgt entweder mit der Rechnung oder in einer gesonderten Mitteilung spätestens mit Zugang einen Tag vor der Fälligkeit

Dokumentenname	Freigabe durch	Freigabe am	Bearbeiter	Bearbeitungsdatum	Revisionsstand	Seite
Film	Jana Schwindt-Bohn	20.07.2015	L. Burschkat	01.01.2018		1 von 1