

Sepa-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger

Caritas-Centrum Illertissen
Beethovenstr. 6

89257 Illertissen

Zahlungspflichtiger (Name und Anschrift)

NAME: _____

STRASSE: _____

ORT: _____

KIND: _____

EINRICHTUNG: _____

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Die Kosten werden jeweils bis spätestens zum 20. des Monats eingezogen.

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

IBAN des Zahlungspflichtigen: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift