



SEPA-Einzugsermächtigung

Ich ermächtige / wir ermächtigen die Diakonie Rosenheim Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Diakonie Rosenheim auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungspflichtige/-r: Herr Frau

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

Postleitzahl, Ort: _____

E-Mail: _____

Name des Kindes: _____

Name Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Hinweis: 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.

| | |
|---|---|
| Interne Daten, diese werden nach Unterzeichnung ergänzt und dem Zahlungspflichtigen nicht gesondert mitgeteilt. | |
| Kostenstelle: _____ | Einrichtungsform: Kinderkrippe oGTS Kindergarten gGTS Hort MB |
| Mandatsreferenz-Nr.: _____ | |
| Eingangsdatum Abrechnungsstelle: _____ | |