



SEPA-Einzugsermächtigung

Ich ermächtige/Wir ermächtigen das Diakonische Werk Rosenheim, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Diakonischen Werk Rosenheim auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungspflichtiger: Herr Frau

Name, Vorname _____

Straße, Hausnr. _____

Postleitzahl, Ort _____

E-Mail _____

Name des Kindes _____

Name Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _

BIC _ _ _ _ _ _ _ _

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)/Kontoinhaberin

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.

<small>Interne Daten, diese werden nach Unterzeichnung ergänzt und dem Zahlungspflichtigen nicht gesondert mitgeteilt.</small>	
Kostenstelle: _____	Einrichtungsform:
Mandatsreferenz-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Kinderkrippe <input type="checkbox"/> oGTS
Eingangsdatum Abrechnungsstelle: _____	<input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> gGTS
	<input type="checkbox"/> Hort <input type="checkbox"/> MB