



Betreuungs & Entlastungsdienst



SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

SOMMER CARE Betreuungs- und Entlastungsdienst
Am Wall 1
58840 Plettenberg

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

Krankenversicherungsnummer: _____

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
SOMMER CARE Betreuungs- und Entlastungsdienst
[Gläubiger-Identifikationsnummer]
DE31ZZZ00002645668

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
SOMMER CARE Betreuungs- und Entlastungsdienst

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

[IBAN]

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)