

Bitte füllen Sie die leeren Felder aus:

## Ermächtigung zum Forderungseinzug durch Lastschriften

### Zahlungsempfänger:

Mobile Krankenpflege, Inh. Magdalena Göttling, Stuttgarter Straße 39, 70794 Filderstadt

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE31ZZZ00000475099

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den oben genannten Zahlungsempfänger,

- einmalig eine Zahlung  
 wiederkehrende Zahlungen

von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Hinweis: Ich kann (wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber):

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

BIC

IBAN

Ich bin damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs die grundsätzlich 14-tägige Frist für die Information vor dem Einzug einer fälligen Zahlung (Vorabankündigung) bis auf vier Werktage vor Belastung verkürzt werden kann.

Datum, Ort

Unterschrift/en