



EVANGELISCHES
KRANKENHAUS
METTMANN

SEPA-Basis-Lastschrift-Mandat

zur Entrichtung meiner Zahlungen

Ev. Krankenhaus Mettmann · Postfach 10 07 54 · 40807 Mettmann

IFG

Gläubiger-ID : DE97ZZZ00000488364

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Mandatsreferenz

nicht vom Zahlungspflichtigen auszufüllen

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße, Hausnr., Ort, PLZ Zahlungspflichtiger

Kreditinstitut

Internationale Bankkontonummer IBAN

Swift-Code / BIC

Zahlungsart

einmalige

wiederkehrende *

Zahlung

* Bei erneuter Kursanmeldung entfällt das Ausfüllen des SEPA Mandates

Hiermit unterrichtet mich die Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH über den Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift zu o.g. Mandatsreferenz zu der Gläubiger-ID DE97ZZZ00000488364. Der vereinbarte Betrag wird 14 Tage nach Kursbeginn eingezogen. Fällt der Fälligkeitstag auf ein(en) Wochenende/Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den 1. folgenden Geschäftstag. Die Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH bittet mich, für Kontodeckung zu sorgen.

Ort, Datum

Unterschrift(en) Zahlungspflichtiger

