

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

MD 26

KST

**ARBEITERWOHLFAHRT**  
(Unternehmen)

**Haus der Senioren**  
(Name der Einrichtung)

**Winterseitenweg 3**  
(Strasse)

**97340 Marktbreit**  
(PLZ/Ort)

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

**DE100260000046737**

[Mandatsreferenz]

**Wird nachgereicht**

### 1. SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

**AWO Haus der Senioren**

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

[Name des Zahlungsempfängers]

**AWO Haus der Senioren**

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

BIC<sup>1</sup>

IBAN

**DE**

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

### 2. Einzugsermächtigung

Ich / wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

### 3. Vorabankündigung zum Lastschrifteinzug (hier: Heimkosten, EaR, Tagespflege, Barbetrag, Inkontinenz)

Variante 1 für Einrichtungen, die nicht zusätzlich ankündigen:

Der Lastschrifteinzug wird dem Zahlungspflichtigen spätestens einen Tag vor Fälligkeit separat mitgeteilt (z.B. auf separater Rechnung, etc.).

Variante 2 für Einrichtungen, die separat ankündigen

Fällige Zahlungen von derzeit monatlich ca. € \_\_\_\_\_ werden

monatlich zum \_\_\_\_\_ eingezogen.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger, ges. Vertreter bzw. Betreuer / Bevollmächtigter)