

AGAPLESION HAUS BETHESDA HOSPIZ, Bad Pyrmont
BHP SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer:	
Mandatsreferenznummer:	

Hiermit ermächtige ich die AGAPLESION HAUS BETHESDA HOSPIZ gemeinnützige GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AGAPLESION HAUS BETHESDA HOSPIZ gemeinnützige GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich die AGAPLESION HAUS BETHESDA HOSPIZ gemeinnützige GmbH über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Der Einzug des Betrages in Höhe von _____ Euro erfolgt zum Monatsanfang. Die Vorabinformation erfolgt spätestens 1 Tag vor Fälligkeit.

Vorname Name (Kontoinhaber)

Telefonnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name des Kreditinstitutes

BIC

IBAN

Ort / Datum /Unterschrift(en)