



Zahlungsempfänger:

Firma: cusanus Trägergesellschaft trier mbH
Straße und Hausnummer: Friedrich-Wilhelm-Str. 32
PLZ und Ort: 54290 Trier
Altenhilfe-Einrichtung: Alten- und Pflegeheim St. Barbara, Mudersbach
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000012941
Mandatsreferenz: _____

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

Ich werde (wir werden) vom Zahlungsempfänger spätestens 7 Tage vor dem Lastschriftinzug über Betrag und Fälligkeit informiert, soweit sich dies nicht bereits aus anderen Unterlagen (z.B. Rechnung) ergibt.

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)

Vorname und Name: _____
Straße und Hausnummer: _____
PLZ und Ort: _____
Kreditinstitut (Name): _____
BIC: _____ | _____
IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort, Datum _____

Unterschrift/en _____

* Im Text wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, die selbstverständlich alle Geschlechter immer miteinschließt

QMH 1.2 Änderungsstatus: 1	Bearbeitet von: AG Heimeinzug	Verantwortet von: GL	Freigabe am 18.09.2024 Inkrafttreten am: 01.01.2025
-------------------------------	----------------------------------	-------------------------	--