

Josias Löffler Diakoniewerk Gotha gGmbH

Klosterplatz 6
99867 Gotha

Gläubiger- Identifikationsnummer: DE 81ZZZ00000037505
Mandatsreferenz: *Debitorennummer*
(wird durch die Bereich Abrechnung vergeben)

Name, Vorname Klient _____

Geburtsdatum _____

Ich erteile hiermit das SEPA Lastschriftmandat für laufende oder einmalige Leistungen, laut gültiger Vereinbarung für die Angebote in den Einrichtungen der Josias Löffler Diakoniewerk Gotha gGmbH.

Einrichtungen der Josias Löffler Diakoniewerk Gotha gGmbH:

- Diakonisches Altenzentrum Sarepta
- Pflegestift Geizenberg
- Diakonische Seniorenwohngemeinschaft am Anger
- Diakonisches Zentrum Spittergrund – Hausgemeinschaft-
- Diakonisches Zentrum Spittergrund – Tagespflege-
- Diakonisches Zentrum Spittergrund – Altersgerechtes Wohnen-
- Diakoniesozialstation Bad Tabarz
- Diakoniesozialstation Gotha

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige das Josias Löffler Diakoniewerk Gotha gGmbH widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA- Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Josias Löffler Diakoniewerk Gotha gGmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Josias Löffler Diakoniewerk Gotha gGmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

PLZ und Or

Ihre Bankverbindung

Name des Kreditinstitutes: _____

BLZ: _____

Konto - Nr.: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben