

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Titel, Vorname Name: _____

Firma: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Förderverein des St. Elisabeth-Krankenhauses Leipzig e.V. widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Förderverein des St. Elisabeth-Krankenhauses Leipzig e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein des St. Elisabeth-Krankenhauses Leipzig e.V. 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.

Kreditinstitut des Zahler:

SWIFT / BIC: _____ | _____

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

.....
Unterschrift (en)

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich / uns der Förderverein des St. Elisabeth-Krankenhauses Leipzig e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.