

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch SEPA-Lastschriften

An (Zahlungsempfänger)
DZS GmbH
Abt. Homecare
im Gesundheitszentrum Lang
Krengelstr. 116-118
46539 Dinslaken

Hiermit ermächtige(n) ich/wir* den Zahlungsempfänger (s.o.), die von mir/uns* zu entrichtenden Zahlungen von meinem/unserem* Konto per Lastschrift einzuziehen.

Name des Kontoführers: _____

Kontonummer oder IBAN: _____

Bankleitzahl oder BIC: _____

bei (genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts): _____

Wenn mein/unser* Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Gläubiger- Identifikationsnummer: DE38ZZZ00000164670

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Name, Vorname, genaue Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift

*Nicht Zutreffendes bitte streichen.