



SEPA-Einzugsermächtigung

Ich ermächtige / wir ermächtigen die Diakonie Rosenheim Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Diakonie Rosenheim auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Offener und gebundener Ganztags
Käbler Nicole & Huber Monika

Gensbacherweg 1
85376 Markt Schwaben

T
F 0173 97 48 149
E nicole.kuestkoff@n-csb.de

Zahlungspflichtige/-r: Herr Frau

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

Postleitzahl, Ort: _____

E-Mail: _____

Name des Kindes: _____

Name Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

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.

Interne Daten, diese werden nach Unterzeichnung ergänzt und dem Zahlungspflichtigen nicht gesondert mitgeteilt.	
Kostenstelle: _____	Einrichtungsform: <input type="checkbox"/> Kinderkrippe <input type="checkbox"/> oGTS <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> gGTS <input type="checkbox"/> Hort <input type="checkbox"/> MB
Mandatsreferenz-Nr.: _____	
Eingangsdatum Abrechnungsstelle: _____	

Gültig ab: 28.07.2022