

SEPA-Basislastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Landkreis Passau Krankenhaus gGmbH
Roseggerstraße 1
94474 Vilshofen a. d. Donau

[Gläubiger-Identifikationsnummer]

DE56ZZZ00000795040

[Mandatsreferenz, erhalten Sie nachträglich von uns]

SEPA-Lastschriftmandat

Spende für Förderprojekt am

- Krankenhaus Vilshofen
- Krankenhaus Rotthalmünster
- Krankenhaus Wegscheid

Ich ermächtige die Landkreis Passau Krankenhaus gGmbH

einmalig

1x monatlich, jeweils zum 1. oder 15. des Monats, beginnend ab Monat _____

1x jährlich, jeweils zum _____

[Betrag in EUR]

eine Zahlung / Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift in Höhe von

einziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Landkreis Passau Krankenhaus gGmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

IBAN

DE

BIC¹

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

optional: Ich möchte nicht namentlich auf der Spendentafel aufgeführt werden.

Ort, Datum

Unterschrift (Kontoinhaber / Zahlungspflichtiger)