Ausfertigung für den Zahlungsempfänger

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate) für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Zahlungsart: **Einmalige Zahlung/ one-off Payment**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]	[Mandatsreferenz]
DE32ZZZ00000156727	**ReNr.** **Fall**

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers] ***Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg***

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift , für die in ***Anspruch genommene Wahlleistung Familienzimmer, im Rahmen des Krankenhausaufenthalts***

[Name und Vorname Patient/in]

einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers] ***Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg***

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

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

Kreditinstitut

BIC1	IBAN **DE**

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

Ort, Datum	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)