

A 2.1.11.1 Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Name Bewohner / Bewohnerin

Hiermit ermächtige ich die Spitalstiftung Pattendorf, Haus St. Josef, widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

Name und Sitz der Bank: _____

IBAN-Nr.: _____

BIC-Nr.: _____

durch Lastschrift einzuziehen.

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.

Information der Einrichtung:

Sollte das Konto keine Deckung aufweisen, so werden Ihnen die uns dadurch entstehenden Kosten in Rechnung gestellt.

Ort, Datum

Unterschrift Bewohnerin / Bewohner
oder Bevollmächtigte / Bevollmächtigter
oder Betreuerin / Betreuer