

SEPA- Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die AurA gGmbH, die für Tagespflege-Leistungen fälligen Kosten per Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

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.

Mandat:

Gläubiger-ID: DE20 ZZZ 0000 0217 956

Mandatsreferenz*: _____

Kundendaten:

Vorname, Nachname: _____

Anschrift: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail-Adresse: _____

Gültig ab: _____

Bankverbindung:

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift **des Kontoinhabers** bzw.
gesetzlicher Vertreter



* Die Mandatsreferenz entspricht Ihrer Kundennummer