

Name des Zahlungsempfängers: **Diakonisches Werk Bethanien e.V.**

Bereich: **Seniorenzentrum Solingen**

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Straße und Hausnummer: **Aufderhöher Straße 169-175**

Postleitzahl und Ort: **42699 Solingen**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE 56 ZZZ 00000 745570**

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): entspricht Debitorennummer  
**/ Haus**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich/wir sind damit einverstanden, dass die grundsätzliche 14-tägige Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung bis auf 2 Tage verkürzt werden kann.

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

Verwendungszweck: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zahlungsart:

**Wiederkehrende Zahlung**

**Einmalige Zahlung**

Name, Vorname Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

IBAN des Kontoinhabers (max. 22 Stellen):

**DE**

BIC (8 oder 11 Stellen):

Name der Bank  
|

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) Kontoinhaber