

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

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

SAD- Sozial Ambulante Dienste GmbH
Ulmer Straße 210
70327 Stuttgart

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE62ZZZ00001430573

[Mandatsreferenz]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

SAD- Sozial Ambulante Dienste GmbH, Ulmer Straße 210, 70327 Stuttgart

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

SAD- Sozial Ambulante Dienste GmbH, Ulmer Straße 210, 70327 Stuttgart

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. Esgelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

SAD- Sozial Ambulante Dienste GmbH, Ulmer Straße 210, 70327 Stuttgart

Kreditinstitut

Bank für Sozialwirtschaft

BIC¹

BFSWDE33STG

IBAN

DE 10 6012 0500 0007 7417 00

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

Ort, Datum Stuttgart

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

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

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

SAD- Sozial Ambulante Dienste GmbH
Ulmer Straße 210
70327 Stuttgart

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE62ZZZ00001430573

[Mandatsreferenz]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

SAD- Sozial Ambulante Dienste GmbH, Ulmer Straße 210, 70327 Stuttgart

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

SAD- Sozial Ambulante Dienste GmbH, Ulmer Straße 210, 70327 Stuttgart

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)

SAD- Sozial Ambulante Dienste GmbH, Ulmer Straße 210, 70327 Stuttgart

Kreditinstitut

Bank für Sozialwirtschaft

BIC¹

BFSWDE33STG

IBAN

DE 10 6012 0500 0007 7417 00

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

Ort, Datum Stuttgart

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)