SEPA-Basislastschriftmandat

ab _ _ . _ _ . _ _ _ _

AUSGLEICHSFONDS
zur Finanzierung
von Ausbildungskosten
nach § 17a KHG

KGNW
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.

Zahlungsempfänger

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.
Name

Humboldtstraße 31
Straße und Hausnummer

40237 Düsseldorf
Postleitzahl und Ort

Deutschland
Land des Zahlungsempfängers

Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: **D E 8 7 Z A F 0 0 0 0 0 4 3 8 2 9 8**

Mandatsreferenz:

○ **Mandat für einmalige Zahlung**

☒ **Mandat für wiederkehrende Zahlungen**

Zahlungspflichtiger

Kontoinhaber

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Deutschland
Land des Zahlungspflichtigen

Kreditinstitut Name

BIC

LKZ PrüfZ IBAN

Ort

Datum

Unterschrift der/des Zeichnungsberechtigten