

# SEPA-Firmenlastschriftmandat

ab \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

## AUSGLEICHSFONDS

zur Finanzierung  
von Ausbildungskosten  
nach § 17a KHG



## Zahlungsempfänger

**Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.**

Name

**Humboldtstraße 31**

Straße und Hausnummer

**40237 Düsseldorf**

Postleitzahl und Ort

**Deutschland**

Land des Zahlungsempfängers

**Ausfertigung für die KGNW**

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:

Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Wir sind berechtigt, unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer:

D E 8 7 Z A F 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

# SEPA-Firmenlastschriftmandat

ab \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_

## AUSGLEICHSFONDS

zur Finanzierung  
von Ausbildungskosten  
nach §17a KHG



### Zahlungsempfänger

**Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.**

Name

**Humboldtstraße 31**

Straße und Hausnummer

**40237 Düsseldorf**

Postleitzahl und Ort

**Deutschland**

Land des Zahlungsempfängers

Ausfertigung für die Bank

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:

Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Wir sind berechtigt, unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer:

D E 8 7 Z A F 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