

Bitte unterschrieben im Original zurück senden!
Please sign the form and send the original back!

Abgabepflichtiger:



Zahlungsempfänger (Gläubiger):

Hospitalstiftung der Stadt Pirna
Am Markt 1/2
01796 Pirna

Buchungszeichen:

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer/creditor identifier: DE48 ZZZ 000 001 62356

Mandatsreferenz/mandate reference:



SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Hospitalstiftung der Stadt Pirna Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hospitalstiftung der Stadt Pirna auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Ich bin damit einverstanden, dass das angegebene Girokonto auch für Erstattungen verwendet wird. Mir ist bekannt, dass bei einer Rücklastschrift die Einzugsermächtigung sofort gelöscht wird. **Sofern Sie nur die Abbuchung für bestimmte Forderungen wünschen, vermerken Sie dieses bitte auf dieser Einzugsermächtigung.**

By signing this mandate form, you authorise the Hospitalstiftung Pirna to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions Hospitalstiftung Pirna. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. If the account does not have sufficient funds, the custodian financial institution is not obligated to pay. I agree that the given current account can also be used for refunds. I know that the debit immediately is cleared at a chargeback. **If you only want the deduction for certain claims, please state on this debit.**

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)/name of the debtor(s)	
Straße und Hausnummer/street name and number	
Postleitzahl und Ort /postal code and city	
Zahlungsart/type of payment	
IBAN des Zahlungspflichtigen/your account number - IBAN	
BIC/SWIFT BIC	
Ort/location	Datum/date
Unterschrift des Kontoinhabers/signature(s)	

Vor dem ersten Einzug der SEPA-Basis-Lastschrift wird Sie die Hospitalstiftung Stadt Pirna über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren.

Bitte unterschrieben im Original zurück senden an:
Please sign the form and send the original back to:

[]
Hospitalstiftung der Stadt Pirna
Fachgruppe 20.3 - Finanzbuchhaltung
Am Markt 1/2
01796 Pirna

[]