



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

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

ADULA KLINIK GmbH & Co. KG
In der Leite 6
D-87561 Oberstdorf

SEPA-Mandat für folgende Leistungen (bitte ankreuzen):

- Chefarztbehandlung
- Selbstzahler
- PKV
- Einbettzimmer
- Kurbeitrag
- Eigenanteil

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE58ZZZ00002614142

[Mandatsreferenz]
Patientennummer

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) ADULA KLINIK GmbH & Co. KG Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von ADULA KLINIK GmbH & Co. KG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bestätige hiermit, dass ich die aktuellen Preise für diese Dienstleistungen zur Kenntnis genommen habe und diese Preise akzeptiere.

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)]

[Kreditinstitut]

[BIC¹]

[IBAN]

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

[Ort, Datum]

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)