



Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Pflegedienst/Gläubiger)

**Häusliche Kranken- und Altenpflege mit Herz**  
**T. Krieger & J. Ullmann GbR**  
Bramfelder Str. 60a  
22305 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: **ZZZ**

Mandatsreferenz

## SEPA-Basis-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich/Wir ermächtige(n)

**Pflege mit Herz, T. Krieger & J. Ullmann GbR**

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

**Pflege mit Herz, T. Krieger & J. Ullmann GbR**

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.

--

Kreditinstitut

BIC

IBAN

DE

Hamburg, 17.01.2024



—

△

—