

Anlage : Einzugsermächtigung für das Lastschriftverfahren

gültig ab dem, _____

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

BPV . GmbH Betreuen-Pflegen-Versorgen Amb. Pflege, Poststraße 15, 65191 Wiesbaden

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE53ZZZ00001810393

Ich ermächtige/- Wir ermächtigen dem Pflegedienst "BPV . GmbH Betreuen-Pflegen-Versorgen Amb. Pflege"
widerruflich, die von mir/- uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch
Lastschrift von meinem/ - unserem Konto einzuziehen.

Name des Kontoinhabers: _____

IBAN (22 Stellen): _____

BIC (11 Stellen): _____

Kontonummer: _____

Bankleitzahl (BLZ): _____

Name des Kreditinstitut: _____

Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhaber oder Bevollmächtigter