

**STAMMBLATT                    EINRICHTUNG: KÜCHE / SCHULESSEN**

**Bitte unbedingt vollständig ausfüllen  
und senden an:**

*Diakonissen-Mutterhaus CECILIENSTIFT  
Leistungsabrechnung  
Am Cecilienstift 1  
38820 Halberstadt*

**Aufnahmedatum:**

**Name:**

**Vorname:**

**Geschlecht:**     männlich     weiblich

**Geburtsdatum:**

**Eltern/Sorgeberechtigte:**

Name und Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefonnummer: .....

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Diakonissen Mutterhaus CECILIENSTIFT Halberstadt, Am Cecilienstift 1, 38820 Halberstadt**  
**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE35ZZZ00000014956**

**Mandatsreferenz:** \_\_\_\_\_

**Einzugsermächtigung**

Ich ermächtige das Diakonissen-Mutterhaus CECILIENSTIFT Halberstadt, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

**SEPA – Lastschriftmandat**

Ich ermächtige das Diakonissen-Mutterhaus CECILIENSTIFT Halberstadt, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Diakonissen-Mutterhaus CECILIENSTIFT Halberstadt auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Kontoinhaber/Rechnungsempfänger:**

Name und Vorname: .....

Anschrift: .....

Bankverbindung

Kreditinstitut (NAME und BIC): .....

IBAN: DE \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_    BIC: \_\_\_\_\_

**E-Mail:** .....

Ort/Datum

Unterschrift