

Belastungsermächtigung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Kundennummer _____

Vorname/Name _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Belastungsauftragsdienst der Post

Postkonto Nr. _____

Lastschriftverfahren der Banken

Frohsinn Ident: AFR1W

Bankname _____

Ort _____

Kontonummer _____

Bankenclearing Nr. _____

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsmöglichkeit für das Bank-/Postkonto

Hiermit erteile ich meiner Bank/Post die Ermächtigung, bis auf Widerruf die Leistungen aus Hotellerie, Pflege und Sonstige des Zahlungsempfängers Zentrum für aktives Alter Frohsinn AG, Oberarth direkt meinem Konto zu belasten. Weist mein Konto die erforderliche Deckung nicht auf, ist meine Bank/Post nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Wird die Zahlung nicht ausgeführt, ermächtige ich Zentrum für aktives Alter Frohsinn AG, Oberarth bei meiner Bank Informationen über den Grund der Nichtausführung einzuholen. Ich erhalte für jede Belastung meines Kontos eine Anzeige meiner Bank/Post. Der belastete Betrag wird mir zurückvergütet, falls ich diese Belastungsanzeige innerhalb von 30 Tagen unterzeichnet an meine Bank/Post zurücksende.

Anmeldung bitte **ausfüllen** und an das Zentrum für aktives Alter Frohsinn AG, Oberarth senden.

Ort/Datum

Unterschrift

Leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt	
Berechtigung	
Bankenclearing Nr.	_____
IBAN, Konto Nr.	_____