

Kontaktadresse der Angehörigen:

Vor-und Familienname: _____

Straße: _____

PLZ; Ort: _____

Telefonnummer: _____

 Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Einzüge

Hiermit ermächtige(n), ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Einzug einzuziehen. Damit ist auch mein/unser kontoführendes Kreditinstitut ermächtigt, die Einzüge einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht ausweist. Ich/Wir habe(n) das Recht, innerhalb 8 Wochen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meinem/unserem Kreditinstitut zu veranlassen.

Name des Bewohners:

Vers. Nr. & Krankenkasse:

 Riedholzstraße 17 Rieplstraße 1

IBAN:

BIC:

Zahlungen wegen (Verpflichtungsgrund, ev. Beitragsbegrenzung – gilt nicht gegenüber den durchzuführenden Kreditinstituten)

Zahlungsgrund:

Apothekenabrechnung

Ried im Innkreis am

Unterschrift des/der Kontozeichnungsberechtigten

 Kein Abbuchungsauftrag erwünscht. Rechnung mit Zahlschein bitte an folgende Adresse senden:

Vor- und Familienname: _____

Straße: _____

PLZ; Ort: _____

Telefonnummer: _____