



## SEPA-Einzugsermächtigung

Ich ermächtige / wir ermächtigen die Diakonie Rosenheim Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Diakonie Rosenheim auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

OGTS Max-Joseph-Mittelschule  
Katharina Fessler

Pfälzer Str. 12  
83109 Großkarolinenfeld

+49.(0)160 918 731 90  
+49.(0)8031 50228

[katharina.fessler@jh-obb.de](mailto:katharina.fessler@jh-obb.de)

Zahlungspflichtige/-r:  Herr  Frau

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Name Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

Hinweis: Ich kann / wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Interne Daten, diese werden nach Unterzeichnung ergänzt und dem Zahlungspflichtigen nicht gesondert mitgeteilt.

Kostenstelle:

Mandatsreferenz-Nr.:

Eingangsdatum Abrechnungsstelle:

Einrichtungsfom:

Kinderkrippe  oGTS

Kindergarten  gGTS

Hort  MB