



# Verein Alten- Kranken- und Nachbarschaftshilfe

Mit freundlicher Unterstützung durch die Gemeinden



Stadt Pregarten



Wartberg



Hagenberg



Unterweikersdorf

Mitglied des Verbandes der Sozialmedizinischen Betreuungsringe im Bezirk Freistadt

Obmann: Ludwig Pühringer, Büro: 0664 127 6105; 4230; Pregarten, Tragweiner Straße 29/1,  
Einsatzleitung: 0664 99878880, Essen auf Rädern: 0664 3633303 E-mail: akn@a1.net

## SEPA-Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz: .....

## ZAHLUNGSEMPFÄNGER

**Name:** AKN Pregarten, Tragweiner Straße 29/1, 4230 Pregarten

**Creditor-ID:** AT49 2033 1000 0000 2741

## Der Abbuchungsauftrag betrifft folgende Leistung:

|                                                       |                                           |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Betreuung                    | <input type="checkbox"/> Essen auf Räder  |
| <input type="checkbox"/> Einmalige Bearbeitungsgebühr | <input type="checkbox"/> Mitgliedsbeitrag |

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA Lastschriften einzulösen.

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.

## Erklärung zum Datenschutz:

Ich stimme zu, dass meine Daten (Name, Anschrift, SV-Nummer, Geburtsdatum, Tel.-Nr., Betreuungsbeginn und -ende, Pflegegeldstufe, Lebenssituation, Betreuungsleistung, Anzahl der geleisteten förderbaren bzw. nicht förderbaren Stunden) zum Zweck der laufenden Abrechnung und im Sinne des Pflegefonds- und Datenschutzgesetzes zum Zweck der Weitergabe an den Sozialhilfeverband Freistadt (Förderungsgeber) beim Verein AKN Pregarten verarbeitet werden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Zahlungsart:       einmalig       wiederkehrend

## ZAHLUNGSPFLICHTIGER (Klient)

Name: .....

Anschrift (Land, PLZ, Ort, Straße):

IBAN: .....

.....  
Ort, Datum, Unterschrift