

SEPA-Einzugsermächtigung

(bitte ausfüllen, wenn die Zahlungen durch Lastschrift erfolgen sollen)

Angebots-/Vertragsnummer:

Mandatsreferenz (nicht ausfüllen):

Durch Unterzeichnung dieser Vollmacht bevollmächtigen Sie (A) APRIL International Care France, Anweisungen an Ihre Bank zu schicken, um Ihr Konto zu belasten, und (B) Ihre Bank, Ihr Konto gemäß den Anweisungen von APRIL International Care France zu belasten.

Sie können dieser Lastschrift gemäß den Bedingungen Ihrer Bank widersprechen. Der Widerspruch ist bei genehmigten Lastschriften innerhalb von 8 Wochen nach dem Datum der Belastung Ihres Kontos einzureichen.

Füllen Sie bitte die mit* markierten Felder aus

DATEN DES KONTOINHABERS:

Name des Zahlungspflichtigen*:

Vorname des Zahlungspflichtigen*:

Adresse des Zahlungspflichtigen*:

Postleitzahl*: Stadt*:

Land*:

Angaben des zu belastenden Kontos*:

IBAN-Code:

BIC-Code:

Name der Bank:

Art der Zahlung* (Zutreffendes ankreuzen): Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

ZAHLUNGSEMPFÄNGER:

APRIL International Care France - 14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANKREICH
SEPA-Identnummer des Zahlungsempfängers: FR54ZZZ004082

Unterzeichnet in*:

Datum (TTMMJJJJ)*: / /

Hinweis: Ihre Rechte, die sich auf diesen Auftrag beziehen, können Sie bei Ihrer Bank in Erfahrung bringen.

Die in diesem Auftrag enthaltenen Informationen werden von APRIL International Care France zur Durchführung Ihrer Lastschriften elektronisch verarbeitet und nur zu diesem Zwecke an Ihre Bank weitergeleitet. Gemäß der Bestimmungen der Verordnung (EU) Nr. 2016/679 vom 27 April 2016 zum Datenschutz, verfügen Sie über ein Recht auf Zugriff, Berechtigung, Löschung, Widerspruch, Begrenzung der Verarbeitung und Übertragbarkeit Ihrer personenbezogenen Daten, sowie über ein Recht auf Festlegung der Richtlinien in Bezug auf die Speicherung, die Löschung und die Weitergabe dieser Daten nach Ihrem Ableben. Sie können diese Rechte ausüben, in dem Sie unseren Datenschutzbeauftragten kontaktieren: dpo.AICF@april.com.

Unterschrift*:

**Bitte schicken Sie dieses Formular an
APRIL International Care France und legen Sie
unbedingt Ihre Bankverbindung bei.**

Dieser Bereich wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt

