

Montag bis Freitag von 08:00 – 11:30 Uhr

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine persönlichen Daten (Name, Adresse, Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Familienstand, Telefonnummer, Pflegegeldstufe, Betreuungsbeginn, soziales Umfeld, Sachwalter, Mitgliedschaft, Kontaktperson, Hausarzt) zwecks Leistungsverrechnung beim SMB Nord verwendet werden und Name, Adresse, Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Pflegegeldstufe auch an den Sozialhilfeverband Freistadt - zwecks Prüfung der Hilfsbedürftigkeit und Förderungsgewährung an dem SMB Nord - weitergeleitet werden. Diese Einwilligung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

*) *Nichtzutreffendes streichen.*

SEPA-Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz:

Zahlungsempfänger Creditor-ID: AT92ZZZ00000019135

Name: **Sozialmedizinischer Betreuungsring Nord**

Anschrift: Marktplatz 1, 4264 Grünbach

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.

Zahlungsart: ☐ einmalig ☐ wiederkehrend

ZAHLUNGSPFLICHTIGER

Name:

Anschrift (Straße,)

PLZ, Ort, Land):

IBAN

--	--	--	--	--

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine persönlichen Daten (Name, Adresse, Zahlungsart, IBAN) zwecks Mitgliedsbeitragseinziehung (im Falle einer Leistungsanspruchnahme gilt diese Ermächtigung auch für die monatlichen Leistungsberechnungen) vom SMB Nord verwaltet werden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift: