



Astra Sozialdienste GmbH  
**Haus Rosengarten**

**Anlage C:**

**Abbuchungsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich die Astra Sozialdienste GmbH, für das „Haus Rosengarten“, Hinter den Gärten 11-13, 88682 Salem-Beuren, den monatlich gemäß Heimvertrag vom \_\_\_\_\_ zu zahlenden Betrag zur Begleichung des Privatanteils der Heimkosten des Bewohners / der Bewohnerin \_\_\_\_\_ von meinem Konto

Name: \_\_\_\_\_  
Kto-Nr. \_\_\_\_\_  
BLZ \_\_\_\_\_  
Bank: \_\_\_\_\_

per Abbuchungsermächtigung abzurufen.

Diese Einzugsvollmacht kann von mir jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhaber  
bzw. des Bevollmächtigten