

Anmeldung für das Tageszentrum Walding

BesucherIn

Vorname	Familienname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Telefonnummer	Hausarzt	Transport
		<input type="checkbox"/> Rotes Kreuz <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Samariterbund
Sozialversicherungsnr.	Familienstand	Pflegegeldstufe

Vertrauenspersonen

Familien- und Vorname	PLZ, Ort, Straße, Hausnr.	Telefonnummer
Familien- und Vorname	PLZ, Ort, Straße, Hausnr.	Telefonnummer

Wohnsituation

Ja, ich bezahle Miete.

Nein, ich bezahle keine Miete.

Ja, ich bezahle Betriebskosten.

Nein, ich bezahle keine Betriebskosten.

Gebührenberechnung

Eigen-/Pension € _____

ev. Witwenpension € _____

sonstige Einkünfte (z.B. aus Vermietung, Gewerbe,...) € _____

Pflegegeldstufe _____ Tarif _____

Bitte Belege beilegen!

Unterschrift Heimleitung

SEPA- Lastschrift - Mandat (Ermächtigung)

Mandatsreferenz
TAGESZENTRUM - _____



Zahlungsempfänger

Sozialhilfeverband Urfahr-Umgebung
Peuerbachstraße 26
4041 Linz-Urfahr

Creditor ID: **AT36ZZZ00000018009**

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den **Sozialhilfeverband Urfahr-Umgebung** Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die vom **Sozialhilfeverband Urfahr-Umgebung** 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.

Zahlungspflichtiger

Name _____

Anschrift _____

Bank _____

IBAN _____

BIC _____

Zahlungsart Wiederkehrender Einzug Einmaleinzug

Datum: Walding,

Unterschrift