

Absender:

Sachbearbeiter(in):	Zimmer-Nr.:
Telefon (Durchwahl):	Telefax:
E-Mail:	

An:

Stadtkasse/Gemeindenkasse/Kreiskasse

Gläubiger-Identifikationsnr.:

Mandatsreferenz:

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) die _____, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der _____ auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Information:

Die Lastschriften werden zu den Fälligkeitszeitpunkten bewirkt, die in den Bescheiden, Rechnungen und Verträgen ausdrücklich genannt sind. Dort werden auch die genauen Einziehungsbeträge genannt.

Fällt der Termin auf ein Wochenende bzw. einen Feiertag wird am darauf folgenden Werktag abgebucht.

Kontoinhaber (Vorname und Name): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: **DE** _____

Datum, Ort: _____

Unterschrift: _____