

SEPA-Lastschriftmandat

Absender:

Name:

Adresse:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE26ZZZ00000071475

Adresse Empfänger:

Stadt Gaildorf, Schloss-Straße 20, 74405 Gaildorf

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Stadt Gaildorf, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Gaildorf auf mein/unsere 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 meinem/unserem 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 Einzugsbeträge genannt.

Zahlungspflichtiger:

Name:

Straße und Hausnummer:

Land, Postleitzahl und Ort:

IBAN:

SWIFT BIC:

Mandatsreferenz (*wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt*):

Zahlung für:

Art der Steuer:

Buchungszeichen:

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Alle derzeitigen Rückstände werden ebenfalls abgebucht.

Eine Unterschrift ist Voraussetzung für die Gültigkeit des SEPA-Lastschriftmandats!

Ort, Datum und Unterschrift/en: