

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

GLÄUBIGER-IDENTIFIKATIONSNUMMER DE 26 ZZZ 000 000 71475

ADRESSE EMPFÄNGER Stadt Gaildorf, Schloss-Straße 20, 74405 Gaildorf

Ich ermächtige/Wir ermächtigen Abbucher, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/wir unser Kreditinstitut an, die von Abbucher 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 meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

ZAHLUNGSPFLICHTIGE/R

VORNAME/N NACHNAME/N

STRASSE, HAUSNUMMER

LAND, POSTLEITZAHL, ORT

IBAN

SWIFT BIC

MANDATSREFERENZ (wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

ZAHLUNG FÜR Grunds Schulbetreuung der Stadt Gaildorf

Wiederkehrende Zahlungen Einmalige Zahlung

BESTÄTIGUNG ORT/DATUM

UNTERSCHRIFT KONTOINHABER