



Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Kassenzeichen:

Name/Anschrift:

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Stadt Strasburg (Um.), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Strasburg (Um.) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Ich bin damit einverstanden, dass das angegebene Girokonto auch für Erstattungen verwendet wird. Mir ist bekannt, dass bei einer Rücklastschrift die Einzugsermächtigung sofort gelöscht wird.

Sofern Sie nur die Abbuchung für bestimmte Forderungen wünschen, vermerken Sie dieses bitte auf dieser Einzugsermächtigung.

- | | | |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer/Ersatzbemessung | <input type="checkbox"/> Wasser- und Bodenverband | <input type="checkbox"/> Pachten |
| <input type="checkbox"/> Hundesteuer | <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer | <input type="checkbox"/> Straßenreinigung/Winterdienst |
| <input type="checkbox"/> Miete Garage | | |

Kundeninformation

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

E-Mail-Adresse für Vorankündigung

Wiederkehrende Zahlung

Zahlungsart

IBAN des Zahlungspflichtigen

BIC

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers