

Stadt Petershagen

SEPA-Lastschriftmandat

Bitte im Original (nicht per Fax oder EMail) an:

--



Gläubiger/in	
Gläubigeridentifikations-Nr.	

1. Kassenzeichen (bitte ausfüllen) 	
---	--

Falls kein Kassenzeichen eingetragen wird, gilt dieses SEPA-Lastschriftmandat für **sämtliche** bei der Stadtkasse Petershagen geführten Kassenzeichen.

2. Zahlungspflichtige/r

Name/Firma	Vorname	
Straße Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon (freiwillig) Fax (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)	

3. Kontoinhaber (falls abweichend)

Familienname	Vorname	
Straße Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon (freiwillig) Fax (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)	

4. Bankverbindung

Kreditinstitut	BIC
IBAN	

5. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die oben genannte Behörde, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der oben genannten Behörde auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers
------------	--------------------------------