

Stadtkasse Steinau an der Straße
Postfach 12 69
36393 Steinau an der Straße

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer DE62 ZZZ0 0000 0290 20

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

Hinweis: Ich/Wir kann/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.

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.

Kassenzeichen: _____	
Vorname und Nachname (Kontoinhaber)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
Name Kreditinstitut	
IBAN D E	
BIC (8 oder 11 Stellen) 	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse
Ort	Datum
Unterschrift des Kontoinhabers	

Bitte auch ausfüllen:

Gültig ab: _____

☐ für alle Objekte des oben genannten Kassenzeichens

☐ nur für das Objekt / Abgabeart _____