

SEPA-Lastschriftmandat



Gemeinde Kirchleugern Fachbereich Finanzwesen Rathausplatz 1 32278 Kirchleugern
--

Gläubiger/in	Gemeinde Kirchleugern, Rathausplatz 1, 32278 Kirchleugern
Gläubigeridentifikations-Nr.	DE 24 25 10 00 00 04 93 95

Mandatsreferenz/Kassenzeichen	
--------------------------------------	--

1. Zahlungspflichtige/r

Name/Firma	
Straße	Hausnummer
Telefon (freiwillig)	Fax (freiwillig)

Vorname	
PLZ	Ort
E-Mail (freiwillig)	

2. Kontoinhaber (falls abweichend)

Familiename	
Straße	Hausnummer
Telefon (freiwillig)	Fax (freiwillig)

Vorname	
PLZ	Ort
E-Mail (freiwillig)	

3. Bankverbindung

Kreditinstitut
IBAN

BIC

4. 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
------------	--------------------------------