

Abgabepflichtiger:

.....
.....
.....
.....

Amt Stralendorf
Dorfstraße 30

19073 Stralendorf

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA – Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE83 ZZZ0 0000 1030 41

1. Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige/n die Amtskasse Stralendorf, widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige/n die Amtskasse Stralendorf, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Amtskasse Stralendorf 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.

Kassenzeichen:	
Zutreffendes bitte ankreuzen:	<input type="checkbox"/> Grundsteuer A <input type="checkbox"/> Grundsteuer B <input type="checkbox"/> Hundesteuer <input type="checkbox"/> Wasser- und Bodenverbandsbeitrag <input type="checkbox"/> Kita-Gebühren <input type="checkbox"/> Entgelte für Lernmittel
	<input type="checkbox"/> Pacht <input type="checkbox"/> Miete <input type="checkbox"/> Garagenabgaben <input type="checkbox"/> Zweitwohnungssteuer <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer <input type="checkbox"/> Kleininleiterabgaben
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:	