

SEPA-Lastschrift-Mandat

Zahlungsempfänger:

Stadtverwaltung Burscheid
- Stadtkasse -
Höhestraße 7 - 9
51399 Burscheid

Gläubiger Identifikationsnummer: **DE69ZZZ00000112411**

Ich/Wir ermächtige/n die Stadtkasse Burscheid, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Stadtkasse Burscheid auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir innerhalb von 8 Wochen - beginnend mit dem Belastungsdatum - die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann/können. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Das SEPA-Lastschriftmandat gilt **ausschließlich** für folgende/s Kassenzeichen:

Kassenzeichen

Email-Adresse bzw. Telefonnummer
für evtl. Rückfragen (**freiwillige Angabe**):

Name, Vorname des Steuerpflichtigen:
ggfs. abweichender Name des
Kontoinhabers:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Gültig ab Fälligkeit:

____.____. 20 ____

Name des Kreditinstituts:

I B A N (22-stellig):

DE _____

B I C (8/11 -stellig):

Ort/Datum

Unterschrift des Kontoinhabers