



Erteilung eines SEPA- Lastschriftmandats

| |
|---|
| Stadt Haren (Ems) Stadtkasse Neuer Markt 1 49733 Haren (Ems) |
|---|

| |
|---|
| Kassenzeichen (siehe Bescheid): |
| X |
| <small>(Bitte unbedingt angeben, da sonst nicht gültig)</small> |
| ggfs. Objektbezeichnung: |
| |
| <small>Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)</small> |
| DE91ZZZ00000092712 |

Ich ermächtige (wir ermächtigen) den o. a. Zahlungsempfänger (Gläubiger), Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (unser) unten genanntes Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Gläubiger) auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (wir 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. Abbuchungen von Sparkonten sind nicht möglich. Ich bin (wir sind) damit einverstanden, dass das angegebene Girokonto auch für Erstattungen verwendet wird.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich (uns) die Stadtkasse Haren (Ems) über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren und mir (uns) die Mandatsreferenznummer mitteilen. Zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs beträgt die Frist für die Vorabankündigung vor dem Einzug der fälligen Zahlung mindestens ein Tag vor Belastung.

| | |
|---|--------------------|
| Zahlungsart | |
| <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung | oder |
| <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung | |
| Kontoinhaber (Name, Vorname oder Firma) | |
| X | |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Ort | |
| X | |
| Kreditinstitut des Kontoinhabers/Zahlers | |
| X | |
| IBAN des Zahlungspflichtigen | BIC / SWIFT |
| X | |
| E-Mail-Adresse für Vorankündigung | |

| |
|------------|
| Ort, Datum |
| X |

| |
|--|
| Eigenhändige Unterschrift des/der Zahlungsberechtigten/Stempel |
| X |

(Pflichtfelder sind mit **X** gekennzeichnet)

Bitte im Original zurück!

