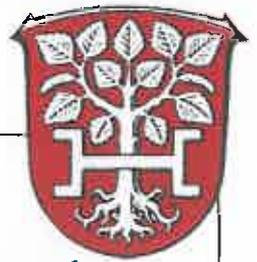


SEPA – Lastschriftmandat

**Zahlungsempfänger:**

Der Vorstand der Gemeinde Birkenau
Gemeindekasse
Hauptstraße 119
69488 Birkenau

Gläubiger ID: DE13ZZZ00000085580
Telefax: 06201 / 397-55
E-Mail: s.kaeding@gemeinde-birkenau.de
r.cron@gemeinde-birkenau.de

*** vom Zahlungsleistenden (Kontoinhaber/in) auszufüllen:*****Kassenzeichen / Personennummer:** _____***Vorname:** _____***Nachname:** _____***Straße:** _____***PLZ und Ort:** _____***Zahlungspflichtiger: Name, Anschrift:**
(falls abweichend zu Kontoinhaber/in)

Ich weise mein/wir weisen unser Kreditinstitut an, die von der Gemeindekasse Birkenau 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.

Die Abbuchung erfolgt jeweils zu den angegebenen Fälligkeitsterminen. Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns, für eine ausreichende Kontodeckung zu sorgen. Gebühren, die für Lastschriftrückgaben mangels Deckung entstehen, gehen zu meinen/unseren Lasten. Dieses SEPA-Lastschriftmandat hat bis zu meinem/unserem schriftlichen Widerruf Gültigkeit.

Kontonummer:** _____Bankleitzahl:** _____***IBAN (22 Stellen)** _____***BIC (11 Stellen)** _____***Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts:** _____***Kontoinhaber/in:** _____Bereits fällige Beträge sollen abgebucht werden Bereits fällige Beträge werden noch überwiesen

Birkenau, _____

Datum**Unterschrift Kontoinhaber/in, Kontobevollmächtigte/r**