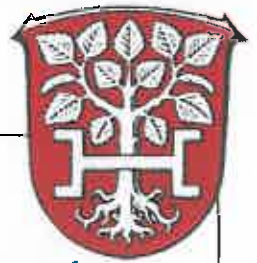


SEPA – Lastschriftmandat



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**